

Contribution à l'étude de la vaccinothérapie dans les infections utéro - annexielles

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le 3 Juillet 1933

par

CHAPUS MAURICE

né le 8 Octobre 1905 à Alger (Alger)

JURY

MM. LAFFONT, <i>Professeur de Clinique obstétricale et puériculture du premier âge</i>	Président
CABANES, <i>Professeur d'anatomie médico-chirurgicale et médecine opératoire</i>	Juges
FERRARI, <i>Agrégé (Chirurgie)</i>	
MOGGI, <i>Agrégé (Chirurgie)</i>	

Contribution à l'étude de la vaccinothérapie dans les infections utéro - annexielles

Travail du Service de M. le Professeur LAFFONT

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le 3 Juillet 1933

par

CHAPUS MAURICE

né le 8 Octobre 1905 à Alger (Alger)

JURY

MM. LAFFONT, <i>Professeur de Clinique obstétricale et puériculture du premier âge</i>	Président
CABANES, <i>Professeur d'anatomie médico-chirurgicale et médecine opératoire</i>	Juges
FERRARI, <i>Agrégé (Chirurgie)</i>	
MOGGI, <i>Agrégé (Chirurgie)</i>	

UNIVERSITE D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

DOYEN	{	MM. LEBLANC (☞. ☞. I. ☞)
DOYEN HONORAIRE		HERAIL (☞. I. ☞)
ASSESSEUR		GILLOT (I. ☞)

PROFESSEURS

Clinique ophtalmologique	CANGE (☞. I. ☞)
Clinique médicale et hygiène infantile	GILLOT (I. ☞)
Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanée	RAYNAUD (☞. ☞. I. ☞)
Clinique chirurgicale	COSTANTINI (☞. ☞. I. ☞)
Clinique obstétricale et puériculture du premier âge	LAFFONT (☞. ☞. I. ☞)
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LOMBARD (☞. ☞. I. ☞)
Clinique médicale	AUBRY (☞. ☞. I. ☞)
Histologie et Embryologie	WEBER (☞. ☞. I. ☞)
Anatomie pathologique	POUJOL (I. ☞)
Chimie biologique et médicale	MAILLARD (☞. I. ☞)
Hygiène, hydrologie et climatologie	N...
Physiologie	TOURNADE (O. ☞. ☞. I. ☞)
Pharmacie	MUSSO (I. ☞)
Médecine légale	GIRAUD (☞. ☞. I. ☞)
Anatomie	LEBLANC (☞. ☞. I. ☞)
Microbiologie et cryptogamie	PINOY (☞. I. ☞)
Physique médicale	PORTES (☞. ☞. I. ☞)
Anatomie médico-chirurgicale et médecine opératoire	CABANES (☞. ☞. I. ☞)
Parasitologie et zoologie médicale	SENEVET (☞. A. ☞)
Chimie générale, pharmaceutique et toxicologie	WUNSCHENDORFF (I. ☞)
Botanique et matière médicale	FOURMENT (A. ☞. O. O. ☞)
Pathologie générale et pathologie médicale	POROT (I. ☞)
Thérapeutique	LEBON (☞. ☞. A. O)

PROFESSEUR SANS CHAIRE

COURRIER (☞) Agrégé	Histologie.
---------------------------	-------------

PROFESSEURS HONORAIRES

ARGAUD (☞. I. ☞)	HERAIL (☞. I. ☞)
------------------	------------------

CHARGÉS DE COURS

Enseignement théorique des élèves sages-femmes	MM. FUSTER (☞. I. ☞)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	ABOULKER (☞. ☞.)

AGRÉGÉS

Chirurgie	}	DUBOUCHER (I. ☞)
		FERRARI (I. ☞)
		MOGGI (☞)
Médecine		N...
Physiologie		N...
Anatomie		HERMANN (☞. A. ☞. O)
Chimie médicale		RIBET (☞. A. O)
Obstétrique		N...
Histoire naturelle pharmaceutique		HOUEL (☞. ☞. A. ☞)
		N...

AGRÉGÉ LIBRE

Physiologie	BATTEZ.
-------------------	---------

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.



Je dédie cette thèse :

A LA MEMOIDE DE MON PERE

A MA GRAND'MERE

A MA MERE

A MON ONCLE

A MON FRERE

A TOUS LES MIENS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAFFONT

*Professeur de Clinique obstétricale et
puériculture du premier âge*

*Nous a reçu pendant un an
avec la plus extrême bienveil-
lance comme externe dans son
service. Sa bonne grâce, son
enseignement lumineux nous
ont attiré vers lui, vers sa belle
Maternité, nous ont fait consacrer le meilleur de notre temps
d'étudiant à l'étude de l'obsté-
trique et de la gynécologie. Non
content d'avoir tant contribué
à notre formation clinique,
nous a fait le grand honneur
de nous confier, pendant une
année scolaire, la direction de
sa consultation de gynécologie.*

*Qu'il veuille bien trouver ici
avec nos remerciements, l'hom-
mage de notre profond respect.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CABANES

*A toujours été pour nous, aux
Facultés comme à l'Hôpital, un
Maître d'une infinie bonté. De
son enseignement clinique, de
sa technique opératoire si pré-
cise, de sa bienveillance de
tous les instants, nous garde-
rons un souvenir ineffaçable.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FERRARI

A été depuis toujours un conseiller de tous les instants en toutes circonstances. Nous a suivi pas à pas au cours de nos huit années d'études médicales que nous avons, pour la plus grande part, passé à ses côtés.

Ces marques de sollicitude quotidienne, son enseignement indiscontinu théorique et pratique, lui ont donné pour toujours dans notre cœur, notre admiration, la place d'élection.

A ce maître aimé vont toute notre gratitude, toute notre reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MOGGI

*Qui nous a toujours aimable-
ment accueilli et soutenu.*

*Qu'il veuille croire à notre
très vive gratitude.*

Historique

— 187 —

La vaccinothérapie est née en 1903 avec les travaux de WRIGHT. Générale au début, elle a subi une évolution qui a suivi l'apparition des idées de BESREDKA. Puis, dans ces dernières années, BASSET et POINCLOUX s'appuyant sur des constatations cliniques présentent une théorie nouvelle de vaccinothérapie, la vaccination régionale.

Si les applications cliniques gynécologiques ont suivi de plus ou moins loin l'apparition des deux premières conceptions de la vaccinothérapie, nous verrons, qu'au contraire; ce sont des constatations cliniques d'ordre gynécologique qui sont à la base de la vaccination régionale.

Jusqu'à WRIGHT, on n'avait vu dans la vaccination qu'un moyen de prémunir l'organisme contre l'atteinte des infections. A l'aide de la vaccination, on mettait « artificiellement l'organisme dans l'état où il serait s'il s'était guéri d'une atteinte spontanée de la maladie considérée » (BORDET). Cette arme contre l'infection, qui n'était employée que préventivement, WRIGHT en montre la grande efficacité curative: la vaccination entraîne la production d'opsonines spécifiques favorisant la phagocytose.

La méthode de WRIGHT est reçue avec peu d'enthousiasme. BRUCK prépare, en 1906, le premier vaccin anti-gonococcique. Il faut attendre jusqu'en 1910 pour trouver des observations de métrites, vulvites, salpingites traitées par ce vaccin.

En octobre 1913, NICOLLE et BLAIZOT présentent leur vaccin et des observations de vaginites, de métrites, traitées avec succès.

Ils indiquent déjà les effets remarquables de la vaccination sur l'élément douleur, sur la résorption des masses inflammatoires.

Un virus vaccin sort des mains de NICOLLE et CRUVEILHIER. Nouvelles observations très démonstratives.

A la clinique TARNIER, BAR et LEQUEUX publient des observations où la guérison a été rapide.

En Février 1920, DELBET, à la Société de Chirurgie de Paris, vient jeter une note pessimiste. Il résume ainsi ses impressions: « Sédation rapide des douleurs, diminution des masses inflammatoires, mais non disparition des lésions, le plus souvent du moins. » D'autre part, il émet un doute sur la spécificité d'action du vaccin.

Dans le service du Professeur Jean-Louis FAURE, KUSS en 1920, consacre à la vaccinothérapie des annexites sa thèse inaugurale. Il montre comment cette méthode nouvelle vient s'intercaler entre le traitement médical pur et le traitement chirurgical. Les traitements médicaux alors exposés, il conclut, d'après sa méthode et ses moyens.

Vaccin anti-gonococcique: peu de résultat.

Poly Vaccin iodé: résultat meilleur.

Les vaccins employés sont surtout les vaccins de DELBET avec les résultats suivants: les douleurs disparaissent, la température baisse en 5 ou 6 jours, la résolution des masses annexielles se produit en 15 jours en moyenne. « Douze malades, porteuses de lésions diverses, sont toutes sorties de l'hôpital sans pération, dans un délai de quinze jours à trois se-

maines au maximum ». Pour Kuss, le traitement vaccinothérapique est préférable au traitement médical parce que plus rapide et plus constant.

Tous ces auteurs s'adressent de préférence au vaccin contenant le microbe causal donnant à la spécificité de ce vaccin, une importance capitale. La médication anti-infectieuse non spécifique donne pourtant d'appréciables résultats déterminant un choc, une élévation thermique.

PARISOT et SIMONIN (*Revue de Médecine*, 1922) pensent trouver la garantie de cette spécificité dans l'utilisation d'auto-vaccins : « On doit s'attacher à provoquer une réaction aussi spécifique que possible. » Si les auto-vaccins ne semblent pas rendre les effets attendus, c'est qu'une préparation minutieuse, une conduite thérapeutique différente suivant les cas, sont nécessaires et manquent souvent. Comme DELBET, BEAUVY et GIRODE, ils séparent « protéinothérapie microbienne » et vaccinothérapie.

GUILLEMIN, en 1922, (*Paris Médical*) étudie la vaccinothérapie à l'aide des bouillons de DELBET. « Le vaccin agit plus par le choc qu'il produit. » Les phénomènes subjectifs sont rapidement influencés, « la collection a tendance à s'affaïsser, perd de sa virulence ».

Un article de COTTE et CREYSSEL vient consituer en 1922 une revue générale de la question. Il contient une historique à laquelle nous empruntons

Pour ces auteurs, l'efficacité de la vaccinothérapie sur les phénomènes douloureux est manifeste. La courbe de température n'est pas modifiée. Il existe un contraste entre la sédation de la douleur et la persistance des lésions. Les malades ne souffrent plus et se croient guéris. Les suites opé-

ratoires ne sont pas modifiées et, pour eux, la vaccinothérapie n'a jamais entraîné de guérison: les malades sortent de l'hôpital parce que ne souffrant plus. Les annexites chroniques sont peu modifiées. « Au cours des salpingites aiguës, il est possible que l'on puisse enrayer les progrès de l'infection, réduire au minimum les lésions », cet « idéal n'est malheureusement pas encore atteint ».

RICHARD, dans sa thèse préparée dans le Service du Professeur VORON, traite le sujet suivant: Infection de la grossesse et suites de couches. Pour lui, la vaccinothérapie est une thérapeutique par le choc qui n'est pas aussi dangereuse que WIDAL et ABRAMI semblent nous l'indiquer. « Le choc n'a jamais entraîné d'aggravation de l'état local ou général du malade. » Tout au contraire, « l'amélioration paraît être en rapport avec l'intensité du choc ». Il emploie les stocks vaccins DELBET et aussi les auto-vaccins. Il est le premier à notifier des contre-indications à la vaccinothérapie: cardiopathie, phlégmatisia alba-dolens, infection suraiguë parce que trop de microbes sont jetés dans la circulation. Les phénomènes physiques et cliniques observés sont la régression de l'élément douleur, résolution des phénomènes de suppuration, chute de la température, impression de mieux être.

Combien sont différentes les opinions de COTTE et CREYSSEL, de celles de RICHARD ! Pourtant, le pessimisme des opinions de COTTE et CREYSSEL étonne de nombreux auteurs. SPEHL en 1923, WEYMEERCH publient des observations favorables. Eux aussi ne peuvent s'empêcher de poser les questions de choc, de spécificité. KARAHUSEN rejette toute idée de spécificité vaccinale et emploie la protéinothérapie.

M. Louis BAZY exprime son opinion à propos

d'une observation de BRISSET à la Société de Chirurgie. Il publie, l'année suivante, dans la *Presse Médicale* un travail important. Pour cet auteur, en vaccinant, on introduit dans l'organisme des albumines étrangères, mais on ne vaccine pas. On détermine une crise qui est le résultat de la digestion parentérale des albumines microbiennes par les leucocytes. Les globules blancs suractivés produisent au niveau de tous les points de l'organisme infecté une réaction focale que BAZY compare au phénomène de КОЧ. Cette réaction focale se fait sentir au niveau de tous les points de l'organisme où siège un processus infectieux. Elle est susceptible de juguler des phénomènes congestifs, de produire une élimination rapide des tissus nécrosés, circonscrire, limiter un foyer infectieux, mais aussi quelquefois de réveiller un foyer latent. Elle est donc, suivant l'expression de l'auteur, « une arme à double tranchant ».

Au cours des années suivantes, médecins et chirurgiens emploient la vaccinothérapie. Dans le Service du Professeur J. L. FAURE, MER fait les mêmes constatations que celles de ses prédécesseurs: action sur l'élément douleur, pas ou très peu d'action sur le processus de purulence. Elle semblerait limiter la durée de la crise salpingée.

La même année, GARNIER (Service du Professeur LECÈNE) applique le tétra-vaccin anti-pyogène de l'Institut Pasteur aux infections péri-utérines et aux salpingites. Ses conclusions sont semblables à celles de ses prédécesseurs. « Le tétra vaccin semble avoir des effets moins heureux lorsqu'il s'agit de traiter les salpingites d'origine gonococcique. On remplace le vaccin anti-pyogène par un vaccin monovalent anti-gonococcique et celui-ci donne les résultats que

l'on obtient avec l'anti-pyogène dans les autres cas. » Puis, il semble que les opinions des auteurs se fassent de plus en plus sceptiques. GUYOT et VILLARS, en 1927, écrivent : « Le résultat négatif de la vaccination n'est pas pour nous surprendre et nous réservons de publier d'autres observations où, au lieu d'être utile, elle s'est montrée nuisible et même dangereuse. » MOCQUOT, PERY, BALARD avouent n'en avoir obtenu aucun résultat.

Pourtant, GODLEVSKI demande à ce que la vaccinothérapie qui est pour lui inoffensive, soit appliquée à tous les cas d'infections annexielles et péri-utérines.

Opinions divergentes, mas il semble bien que la vaccinothérapie générale n'a pas réalisé les espoirs qu'on avait fondés sur elle; nous sommes loin de cette arme merveilleuse qui devait permettre les guérisons sans qu'aucune malade n'ait besoin d'une intervention opératoire.

Les expériences de BESREDKA ont débuté en et ses travaux s'échelonnent jusqu'à nos jours. Leur importance est primordiale tant par les controverses suscitées que par les conséquences pratiques qu'ils entraînent.

Les premières expériences ont été pratiquées sur des cobayes. BESREDKA montre que seule la peau du cobaye est sensible à l'inoculation charbonneuse : les injections de cultures virulentes de charbon introduites en d'autres points de leur organisme, n'entraînent pas la mort du cobaye. Seule l'inoculation sous-cutanée détermine des phénomènes mortels.

D'autre part, si on applique sur la peau du cobaye préalablement décapée, un filtrat de cultures

vieillies de charbon, on vaccine ce cobaye. Il y a immunité et immunité générale qui semble déclanchée par l'immunisation de la peau. Une immunité générale semble découler d'une immunité tissulaire.

Des expériences de même portée sont reprises sur des animaux divers en se servant de bacilles dysentériques, typhiques, colériques. Tous ces bacilles, introduits dans l'organisme disparaissent des points d'inoculation. Ils vont au contraire proliférer et déterminer des phénomènes infectieux seulement au niveau du tube digestif des animaux inoculés. Il existe une chimiotaxie vers le canal intestinal qui les attire vers cet organe quelle que soit la porte d'entrée. « Les cellules intestinales sont le siège unique de la lutte antimicrobienne ».

D'autre part il suffit de mettre en contact les cellules intestinales avec une substance vaccinnante pour que l'animal soit immunisé, et ainsi se font jour les principes suivants :

« Chaque virus a son organe ».

« Chaque organe son immunité ».

« L'immunité locale se confond avec l'immunité générale ».

« Dans cette immunité il n'y a guère de place pour des anticorps ».

D'autre part, l'existence d'une sécrétion microbienne dans les cultures vieillies et filtrées empêche le développement du microbe aussi bien in vivo que in vitro. L'application de cet « antiviral » au niveau de l'organe « réceptif » entraîne l'immunisation de l'animal.

Ces théories nouvelles suscitent, avons-nous dit d'ardentes controverses :

« La peau est l'organe réceptif pour le cobaye

parce que c'est un organe qui se défend mal ». Quand on introduit des bactéries au niveau de la peau, il y a immunité: c'est que l'organisme a mis en œuvre pour lutter et triompher tous ses moyens de combat. (RENAUX de Bruxelles).

Le chardon est inoculable par toutes les voies; pour cela deux facteurs interviennent; la quantité des bactéries et leur qualité. — GRATIA-COMBESCO.

L'immunité sans anticorps n'est pas démontré ; il existe des anticorps dans le cas du charbon. Mais ces anticorps ne sont décelables que par des méthodes particulières (agglutinines). — GRATIA.

Pour immuniser par voie entérale, BESREDKA fait décaper la muqueuse intestinale à l'aide de bile ! Mais le rôle de la bile est-il local ? LEFEVRE DE AVIC montre que la bile est toxique pour l'organisme et le met en condition défavorable pour lutter contre les bacilles.

De même l'existence des antiviruses est discutée : ces discussions donnent lieu à des ripostes dans le détail desquelles nous ne voulons pas entrer. — CHAILLOT.

Les conséquences pratiques de cette nouvelle méthode thérapeutique sont multiples: nous ne nous occuperons que de celles qui sont en rapport avec notre sujet.

Elles sont de deux ordres: obstétricales et gynécologiques.

En 1915, POTOCKI et FISCH injectent dans l'utérus d'une femme présentant une infection puerpérale un autovaccin. L'état de la malade s'améliore, la guérison survient. POTOCKI et FISCH insistent sur la

nécessité de déterminer la nature du ou des germes pathogènes en cause, avant l'application d'un vaccin ou d'un filtrat microbien.

En 1924, DUPAYA après avoir étudié la bactériologie de l'infection puerpérale en expose les divers traitements. Il suggère que le sérum de LECLAINCH et VALLE pourrait avoir des effets heureux, employé en applications locales. Il augmenterait l'intensité de la phagocytose et la prolifération tissulaire. La température, le pouls seraient modifiés, améliorés.

Les mêmes phénomènes sont constatés par LEVY SOLAL, SIMARD et LELOUP. Ces auteurs se servent de filtrats de culture de streptocoque en bouillon. « L'infection, disent-ils, a un point de départ local... et il faudrait agir avec une puissance et une rapidité suffisantes pour éviter les généralisations secondaires ». Leurs observations montrent une chute de la température et du pouls une involution utérine rapide, la disparition de la fécondité des lochies et des mèches.

Ces travaux sont contemporains des thèses de JAUBERT, PHILIPPEAU, LASSEIGNE.

La thèse de JAUBERT est un nouvel exposé des théories de BESREDKA, une étude d'ensemble historique, théorique des phénomènes immunitaires.

Dans ces divers travaux il est question d'immunité générale par vaccination locale. Cette vaccination ne s'adresse qu'à des animaux, à des organismes sains. Quel va être le rôle, le mécanisme de la vaccinothérapie générale et de la vaccinothérapie locale ? PHILIPPEAU après BESREDKA les définit : « La vaccinothérapie locale a pour but de protéger les cellules encore non atteintes, circonscrire le foyer infecté ». « C'est une prophylaxie des cellules réceptives saines ».

Les mêmes idées reparaissent dans le travail de COIGNET (Professeur CARNOT). De plus, après avoir décrit diverses applications de la vaccination locale il aborde la question des infections utérines post-partum, la technique à employer pour les pansements intra-utérins.

Dans le service du professeur DELMAS, LASSEIGNE applique ces théories nouvelles avec une technique particulière :

Nettoyage mécanique ou manuel de la cavité utérine ;

Injection intra-utérine au sérum physiologique ;

Application d'un pansement au bouillon vaccin anti streptococcique entourant un drain de Mouchotte. Le pansement est laissé en place 24 heures.

Enfin la thèse de RAVINA va marquer le début de toute une série de travaux préparés sous l'instigation de M. LEVY SOLAL. Les indications des pansements intrautérins sont clairement exposées et précisées : préventifs et curatifs précoces secondaires et tardifs, ils constituent une série d'importantes observations. Technique nouvelle qui sera suivie par toute l'école de LEVY-SOLAL. La bactériologie, le mode d'action des pansements sont longuement étudiés.

La thèse de ROBERT nous apporte un historique succinct des divers travaux parus sur la question. Il publie une technique très précise. Les indications données sont celles déjà présentées par RAVINA. Le traitement a été appliqué dans 15 cas. De la comparaison avec d'autres cas où la vaccinothérapie locale n'a pas été employée, il conclut : « Les pansements intra-utérins ont donné un résultat égal sinon supérieur aux autres traitements en ce qui concerne l'in-

fection amniotique et l'endométrite ». Les inconvénients de la méthode y sont largement discutés.

Plus tard, en 1927, au cours de deux séances de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Bordeaux, on trouve une communication de M. FAUGÈRE sur le traitement de l'infection puerpérale par vaccination locale avec des filtrats anti streptococciques. Les obstétriciens présents donnent leur avis sur la méthode : à la contribution en sa faveur fournie par MM. BALARD, FAUGÈRE, s'opposent les avis sceptiques de MM. RIVIÈRE et JEANNENEY. Toujours à Bordeaux, à la séance suivante, MM. ANDÉRODIAS et BALARD viennent appuyer, soutenir la thèse de leur externe ROBERT.

Le journal de médecine de BORDEAUX contient un exposé des divers traitements de l'infection puerpérale fait par M. ANDERODIAS. Celui-ci place les pansements locaux dans le traitement prophylactique de l'infection puerpérale.

Les résultats cliniques obtenus dans le service de M. LEVY SOLAL sont contenus dans la thèse de BOUCHAUD, technique de plus en plus précise et indications qui tendent de plus en plus vers une utilisation prophylactique de la méthode ; nous en trouvons l'emploi pour le traitement des avortements septiques

M. LEVY SOLAL fait consigner ses résultats suivants dans la thèse de SCHLESINGER. L'utilisation de la méthode aux avortements s'est généralisée.

LAPORTE, BROcq et DUCHON se servent d'un lisat-vaccin obtenu par action du bacille pyocyanique sur diverses variétés de streptocoques. Ce vaccin est un vaccin spécifique du germe trouvé dans le sang qui est en général identique au germe trouvé dans les

lochies. Pour ces auteurs la notion de spécificité est capitale. « La notion de spécificité est un élément fondamental, rigoureux, d'autant plus absolu que l'on met en œuvre un traitement immunisant plus actif ».

MONTAGNE, de Liévin (27 avril 1932) présente une nouvelle technique de vaccination locale dans l'infection puerpérale. Elle consiste en un curetage irrigateur et en une vaccination par instillations répétées in-utéro à l'aide d'un drain type CARREL. PAUCOT et PICARD donnent leur approbation à MONTAGNE.

En gynécologie les travaux parus sont peu nombreux, peut-être parce que la méthode est moins discutée dans ses applications.

Mlle BASS, la première, dans le service du professeur HARTMANN, eut l'idée de déterger, aseptiser les néoplasmes infectés du col à l'aide de pansements aux antivirüs.

La question est reprise à nouveau en 1923, à la Société de Biologie, par MUTTERNILCH et LAVEDAN. Ils décrivent les effets sédatifs et sur les pertes, et sur la température, établissent une différence entre les néoplasies infectées par le staphylocoque et le streptocoque quant au succès de la vaccinothérapie.

C'est en 1925, que paraît le travail inaugural de PÉCHIN consacré à la vaccinothérapie des néoplasmes du col. Après avoir rappelé les principes directeurs de REGAUD, il expose le mode de préparation de ces autovaccins. Il conclue des travaux antérieurement parus, de ses observations personnelles. « Amélioration chez les sujets incurables... Radio-sensibilité accrue, tels sont les résultats. »... « L'action sur la tu-

meur est nulle et même en cas d'échec elle est inoffensive ».

Du service du professeur HARTMANN, Mmes AITOFF et SOPHIA FABRE publient les observations de néoplasmes traités par applications locales. Elles voient « les microbes disparaître » des examens microscopiques. « Les restants sont englobés dans de nombreux polynucléaires. »

En décembre 1932, est discutée la question des complications inflammatoires de la curiethérapie dans les néoplasmes du col à la Société d'Obstétrique et de gynécologie de Paris.

Mlle Suzanne LABORDE signale les recherches de GROSCLAUDE et WICKAM sur cette méthode. « Ils ont essayé de combiner aux pansements vaginaux une vaccination par voie générale. Après des résultats encourageants, comme il arrive souvent au début de l'emploi d'une méthode, ils ont enregistré de nombreux insuccès. »

Les opérations vaginales bénéficieraient d'une préparation au filtrat vaccin. LAMARE, LARJET et MOREAU (bulletin médical 1929, n° 3) l'emploient aussi en application sur les sutures, en badigeonnages dans les hystérectomies totales sur les surfaces dépéritonisées.

Les gonococcies sont modifiées dans leur évolution. Les bouillons vaccins en application locale donnent à Mme AITOFF et POINCLOUX : 16 guérisons; 6 améliorations; 4 échecs.

Mlle de LARNAGE utilise le vaccin antiblemnorragique de BASS A., des vaccins hétérogènes ou auto-gènes. Elle a de bons résultats dans toutes les affections inflammatoires de la vulve, du vagin et du col,

surtout lorsque les lésions inflammatoires sont prises à leur début.

En 1926, M POINCLOUX expérimentait la vaccinothérapie locale dans le service du Professeur BASSET, mais il remplaçait l'antivirus qu'employait BESREDKA par des vaccins qu'il portait dans l'intimité même des tissus. C'est alors que furent faites les constatations suivantes: ces vaccinations, effectuées à des doses minimales, engendrent des réactions violentes. Lorsqu'on se sert d'un autovaccin provenant de glaires de métrites étiologiquement gonococciques, le gonocoque n'existe pas parmi les germes contenus dans le vaccin et l'injection de cet autovaccin ne provoque pas de réaction. Cette réaction, l'amélioration locale concomitante ne sont obtenues que lorsqu'on ajoute à l'autovaccin du vaccin antigonococcique. Une notion se dégagait: l'importance de la présence dans le vaccin du germe capable d'exercer un pouvoir pathogène.

En 1927, BASSET et POINCLOUX publient un essai d'une nouvelle classification des métrites. Cette classification s'appuie sur l'étiologie inflammatoire et ils font remarquer l'impossibilité de superposer variétés cliniques et étiologiques. Parmi tous les germes rencontrés dans les pertes, ils montrent que l'on peut seulement considérer comme pathogènes :

- Le gonocoque ;
- Le colibacille ;
- Le staphylocoque ;
- L'entérocoque ;
- Le streptocoque.

POINCLOUX, continuant ses expériences de vacci-

nation locale, remarque le phénomène suivant : une vaccination de la glande de Bartholin entraîne une amélioration considérable de la métrite concomitante.

D'autres expériences leur montrent bientôt l'importance des lieux d'injections. Elles permettent à PANICLAUX de formuler l'hypothèse suivante : « Dans les phénomènes déclanchés par l'injection d'un vaccin un lien existe, quant aux effets engendrés, entre ces effets, l'espèce utilisée à l'état vaccinal et le point par où l'on fait pénétrer le vaccin dans l'organisme. Les effets sont les plus favorables, quand le vaccin contient le ou les germes pathogènes et quand il est offert à l'organisme par le point ayant servi de porte d'entrée au microbe qui cause la maladie. » Et ils définissent alors la région : « Ensemble des tissus, dont la porte d'entrée du microbe pathogène est le sommet et l'organe où ce germe s'est fixé, la base ». (C.R. Soc. de Biologie, 23 juin 1928).

En octobre 1928, ils essaient de définir le mécanisme de l'immunisation régionale.

Les résultats sont tels que BASSET et POINCLOUX présentent leur méthode à l'Académie de Médecine le 23 avril 1929. Ils en exposent les principes, la technique ; ils décrivent les événements locaux, généraux qui suivent les injections vaccinales. L'importance de ces réactions qui prennent une valeur diagnostique étiologique : la réaction se produit seulement lorsque dans le vaccin existe à l'état vaccinal le germe pathogène. La conduite du traitement est précisée, ainsi que les limites entre la vaccination régionale d'une part, locale d'autre part.

L'exposé de la méthode, les résultats obtenus sont

repris l'année suivante dans le *Paris Médical*, le 20 décembre 1930, dans la *Presse Médicale* le 22 mars 1930.

La V.R.P.E. ⁽¹⁾ n'est plus seulement une méthode un peu particulière du traitement des métrites. C'est au contraire une méthode générale utilisable pour toutes les infections.

Déjà en Belgique, BECKERS avait publié une méthode semblable à celle de POINCLoux, sans voir en celle-ci l'ampleur à laquelle elle pouvait prétendre. Il se sert du vaccin préparé suivant la méthode de GOLDENBERG (microbes vivants, agglutinés et en dissolution) en injections cervicales et intradermiques.

En France, MACHENAUD utilise ce traitement pour les périmétrites et salpingites (thèse Paris 1929).

Si les effets de l'injection se font sentir dans toute la « région » malade, il était naturel de tenter d'appliquer ce traitement aux complications articulaires de la blennorragie et aux orchio-épididymites : « la guérison d'un cas récent est obtenue en dix à vingt jours, la diminution des douleurs se produisant dès après la première ou en tout cas la deuxième injection ». Et les effets des injections uréthrales chez l'homme au cours de la blennorragie chronique sont remarquables. (COPELOVICI, Thèse de Paris, 1929).

POINCLoux inspire un sujet semblable de thèse à MAYER. Après avoir exposé les différents traitements proposés pour les arthrites gonococciques, MAYER publie les observations de guérisons rapides des infections utéro-annexielles obtenues à l'aide de la vaccination régionale par la porte d'entrée.

ARLOING étudie plus amplement les résultats de la méthode dans les métrites d'ordre colibacillaire,

(1) V.R.P.E. — Vaccination régionale par la porte d'entrée.

soulignant l'importance du point d'injection, la muqueuse rectale.

Au début de l'année 1930, LEVY SOLAL et LOUVEL nous offrent une nouvelle conception de la vaccinothérapie des infections utéro-annexielles. Les injections sont faites systématiquement dans le tissu du col afin que, parti de l'utérus, le liquide puisse aller toucher toutes les lésions inflammatoires pelviennes. Il n'y a plus dans ce cas V.R.P.E. Il s'agit d'une « pelvi-vaccination ».

L'article de PIERRA, dans la *Revue Française de Gynécologie Obstétrique* de janvier 1930, constitue une revue générale des différentes méthodes en cours. Cuti-vaccination, entéro-vaccination, vaccination locale, régionale, sont examinées tour à tour, confrontées avec leur utilisation clinique et il conclut que la vaccinothérapie sans avoir renouvelé la thérapeutique gynécologique comme on en avait prématurément conçu l'espoir, ouvre un champ nouveau à notre action dans la plupart des infections génitales de la femme à leurs différents stades.

En Juin 1930, notre Maître, M. FERRARI, exposait de façon complète ses idées sur la question. Pour lui, comme pour les précédents auteurs, l'importance du microbe pathogène est capitale. Une étude succincte de la microbiologie des infections utéro-annexielles marque le début de son travail. Il insiste sur la présence du colibacille dans les pertes et sur les syndromes entéro-génitaux primitifs et secondaires, donne, parmi les différents types de vaccination la place prépondérante à la vaccination régionale. Après avoir indiqué les vaccins utilisés (stock vaccin, auto-vaccin), les différents procédés de vaccination et leur technique, il montre les modalités d'applications aux divers cas cliniques: affections gono-

cocciques, infections du post-partum, du post-abortum, infections à point de départ entéral; les effets immédiats de choc sont contrôlés par l'examen hématologique et constituent une source précieuse de renseignements. Les conclusions publiées sont les suivantes : « la vaccinothérapie est constamment efficace dans les états aigus récents qu'elle jugule en un temps relativement court, surtout quand il n'y a qu'une métrite ou une salpingite catarrhales. Dans les métro-salpingites chroniques, elle n'agit que sur l'élément inflammatoire, mais elle n'a aucune action sur les lésions anatomiques. »

AUDRY et VIEUX tentent de faire disparaître le gonocoque des pertes cervicales à l'aide d'injections locales. Ces injections constituent pour eux le moyen le meilleur et le plus rapide.

La thèse de TRAISSAC contient les résultats obtenus par la méthode dans le service du Professeur GUYOT à Bordeaux. Pour lui, la vaccination régionale, pratiquée en des points particulièrement vascularisés, agirait à l'instar d'une vaccination intra-veineuse.

La méthode est employée en divers points: dans le service du Professeur BRULÉ à Paris (thèse de BONNET); à Bucarest, dans le Service du Professeur DANIEL, CRANICIANU et PAVELESCU lui consacrent d'importants travaux.

En Belgique, DELREZ et LAMBERT critiquent très fortement les principes de la V.R.P.E. Pour ces auteurs « ni la porte d'entrée, ni le vaccin lui-même, n'ont le caractère de spécificité. Les effets salutaires sont dûs au choc qui joue le rôle principal. »

En Italie, LORENZETTI, MASIA, TOMAZELLI vaccinent localement et avec succès. MASIA demande à ce que

les injections au point d'innoculation ne soient pas trop « restrictives ». Il pratique couramment la vaccination intra-cervicale et dans les glandes de SKENE. « Les résultats obtenus démontrent une action efficace dans 73 % des cas avec guérison clinique et bactériologique et une issue défavorable dans 27 % des cas. »

Notions Bactériologiques

Une vaccination suppose la connaissance du virus contre lequel la lutte doit être engagée. Il est tout naturel de commencer l'étude de la vaccinothérapie des inflammations pelviennes par la recherche des germes pathogènes.

Les classiques reconnaissent à la base de l'étiologie des métrites et des métrosalpingites, le gonocoque, que l'on rencontrerait dans 80 % des cas; le streptocoque vient immédiatement après par ordre de fréquence. Dans une autre catégorie, la flore est polymorphe, ou bien apportée là au cours d'opérations septiques (curetage, amputation du col, etc.), ou bien développée, soit à la faveur d'autres lésions (néoplasmes du col), soit par simple exaltation de virulence des germes du vagin. Les infections générales (scarlatine, rougeole, variole) auraient un rôle dans l'étiologie métritique. Les travaux de Pozzi montrent les relations existant entre les lésions salpingées et intestinales. Mais il ne s'agit là que de relations entre l'appendice et la trompe droite.

Puis, les auteurs se sont attachés à examiner la bactériologie des sécrétions cervicales. DURBON et SCHWARZENBERG ont pu isoler et identifier plus de quarante espèces microbiennes. Mais aucune synthèse n'était venue classer les idées, sérier les faits. En 1927, BASSET et POINCELOUX arrivent à isoler parmi tous les saprophytes (*coccus vaginalis*, *bacillus cutis communis*, *staphylocoque*), un certain nombre de microbes qu'ils considèrent comme pathogènes.

Ce sont :

le gonocoque
colibacille
staphylocoque
entérocoque
streptocoque.

Le gonocoque se rencontrerait dans les métrites dans 80 % des cas. FRON A., réunissant ses observations et les observations de ses prédécesseurs sur la vaccination régionale, arrive à ce chiffre. C'est aussi le chiffre fourni par les données classiques

La statistique de notre Maître, M. FERRARI donne un pourcentage de beaucoup inférieur, 29 % des cas. Une statistique nouvelle basée sur un nombre de cas plus important nous permet d'arriver à un chiffre plus élevé 43 % des cas. Nous sommes encore loin du 82 % des cas annoncé par les auteurs de la Métropole.

Rarement et seulement dans les métrites aiguës récentes, nous l'avons trouvé isolé. Très fréquemment, nous l'avons rencontré développé, conjointement avec le colibacille et l'entérocoque.

Le colibacille se rencontre très fréquemment, plus fréquemment que le gonocoque. Nous le trouvons dans 65 % des cas. Rarement isolé il est souvent associé à l'entérocoque, au gonocoque.

Entérocoque 51 %. Protéus 18 %. Exceptionnellement, on peut les trouver isolés.

Le streptocoque, le staphylocoque sont rares : 2 à 3 % des cas.

A la lecture de ces quelques notions de bactériologie, il est une notion qui frappe immédiatement : c'est la considérable fréquence du colibacille dans les pertes cervicales.

HUGEL et DELATER, les premiers, en 1927, en

avaient été frappés, et tout de suite avaient fait du colibacille un agent causal d'inflammation pelvienne. Ils parlent déjà de syndrome entéro-génital comme on avait parlé de syndrome entéro-rénal.

BASSET et POINCELOUX insistent sur « l'association disfonctionnelle » existant entre l'intestin d'une part, l'utérus de l'autre. Le colibacille peut emprunter plusieurs voies: 1° la voie urinaire, et il y aurait un syndrome entéro-réno-génital; 2° la proximité des orifices anal et vulvaire (SCHIL) facilite la souillure de la cavité vaginale par contact direct avec les matières; 3° une voie sanguine, et le colibacille viendrait toucher l'utérus comme il touche le rein au cours des colibacillémies.

Et ils appuient leurs théories nouvelles sur les constatations suivantes: les femmes qui viennent consulter pour une leucorrhée abondante, blanchâtre, présentent en même temps des troubles intestinaux importants: constipation, diarrhée; d'autre part, sur les tests vaccinaux au sujet desquels nous nous réservons d'insister ultérieurement.

Les troubles pelviens sont donc souvent consécutifs à des affections intestinales.

Mais l'association disfonctionnelle est poussée plus loin. Un utérus, une trompe, soit atteints de gonococcie, soit lésés par les traumatismes obstétricaux, réagissent de façon réflexe sur l'intestin. Au niveau de cet intestin, à la faveur de constipation, de diarrhée, vont se créer des lésions semblables à celles que nous avons déjà étudiées dans leurs conséquences: altération des voies génitales.

Ainsi, les troubles pelviens sont souvent à l'origine

de lésions intestinales, qui déterminent, par contre-coup une altération plus marquée des voies génitales.

Dans le premier cas, on peut parler de syndrome entéro-génital primitif.

Dans le deuxième cas, il s'agit de syndrome entéro-génital secondaire.

FERRARI.

De même, les constatations bactériologiques, cliniques, que nous avons exposées permettent une classification des affections pelviennes.

Métrites récentes sont

des métrites à gonocoque pur;

à entérocoque ou à colibacille.

après un avortement ou un accouchement la flore est polymorphe ;
streptocoque, staphylocoque, Neisser, colibacille

Métrites anciennes à colibacille surtout.

BASSET et POINCELOUX.

Vaccinothérapie Générale

Avant d'aborder l'étude de la vaccinothérapie générale, il est nécessaire de donner un aperçu des idées existantes sur l'immunité, au moment où apparut la méthode de WRIGHT.

MECHNIKOFF définit l'immunité comme un état de l'individu résultant « d'un ensemble de phénomènes grâce auxquels un organisme peut résister à l'attaque des microbes qui produisent la maladie ».

Parmi ces facteurs de l'immunité, METCHNIKOFF donne aux phénomènes leucocytaires la part prépondérante. Les leucocytes sont des agents susceptibles d'englober, digérer, détruire les corps étrangers microbiens introduits dans l'organisme; si, chez les protozoaires, l'organisme entier composé d'une seule cellule se défend et essaie d'incorporer puis de digérer son adversaire, chez les animaux supérieurs ce rôle est dévolu aux leucocytes que METCHNIKOFF appelle phagocytes.

Puis, à la suite des travaux de NUTTAL, BUCHNER, PFEIFFER, BORDET et GENGOU apparaît la théorie humorale de l'immunité. « Dans l'organisme, il existe une propriété générale qui se manifeste par la production de substances antagonistes de celles » qui y sont introduites. Elles sont appelées anticorps.

Ces anticorps ou sensibilisatrices sont thermostables, rigoureusement spécifiques pour un antigène, de natures diverses: agglutinines, précipitines, cytotoxines, etc.. Pour qu'ils puissent agir, ils nécessitent la présence dans le sérum d'une autre substance, celle-ci non spécifique, thermostable, que l'on appelle alexine ou complément.

Tel était, en 1902, l'état des connaissances. WRIGHT prétend alors que le vaccin dont on n'utilisait que le pouvoir préventif pouvait jouer un rôle favorable, curatif, lorsqu'il était introduit dans un organisme déjà touché par l'infection. Le vaccin suscite dans cet organisme une propriété nouvelle d'activation de la phagocytose. Cette propriété est dévolue à une substance « opsonine » qui exagérerait la phagocytose et la rendrait plus efficace.

Par un dispositif ingénieux, WRIGHT observe *in vitro* l'influence exercée par le sérum sanguin sur l'absorption des microbes sur les leucocytes. Il détermine l'index opsonique de l'individu qui augmenterait au fur et à mesure des injections vaccinales.

Les opsonines sont rigoureusement spécifiques.

Ainsi, la vaccinothérapie est présentée par WRIGHT avec le caractère primordial de spécificité.

D'autre part, le procédé de détermination de l'index opsonique du sérum permet à WRIGHT d'en déceler les variations au cours de la vaccinothérapie. Une injection est d'abord suivie d'une phase négative, aggravante, à laquelle fait plus ou moins rapidement suite une phase positive, thérapeutique.

Nous savons que la méthode ne fut pas accueillie avec beaucoup d'enthousiasme.

Puis peu à peu, la vaccinothérapie pénètre dans la pratique courante. De multiples vaccinations sont faites, de nombreux vaccins sont préparés. Les auteurs utilisent des auto-vaccins, des stocks vaccins.

Ils observent souvent après leurs injections vaccinales des réactions violentes que certains considéraient même comme dangereuses.

Les stocks vaccins trouvés dans le commerce (propidon, immunizols, etc.) présentent les gros avantages suivants: leur utilisation est facile et rapide. Un auto-vaccin nécessite une préparation minutieuse et longue qui retarde son emploi.

Ces difficultés font que l'emploi des stocks vaccins se généralise et certains auteurs en arrivent à les préférer aux auto-vaccins jusque dans leurs résultats. Ainsi, si pour certains on doit s'efforcer d'observer une thérapeutique rigoureusement spécifique, pour d'autres il est inutile d'adapter exactement cette thérapeutique au germe causal.

Les vaccinations, avons-nous dit, entraînent la production de réactions violentes, générales et locales. DELBET, BEAUVY et GIRODE font découler les propriétés thérapeutiques de la vaccinothérapie des deux effets suivants: l'un est immédiat, de l'ordre des clasies, bien étudiées par WIDAL, ABRAMI et BRISAUD, l'autre est tardif, proprement vaccinal. Le premier constitue en quelque sorte une « proteinothérapie microbienne ». Le second seul serait une vaccinothérapie.

Ces réactions vaccinales, ces chocs seraient pour certains dangereux. D'autres, au contraire, constatent les bons effets des stocks vaccinations, relativement aux effets médiocres des auto-vaccinations. Et ils concluent « les réactions même violentes, accidents toxiques de l'organisme de l'ordre protéinique que WIDAL a appelé crises hémoclasiques, s'accompagnent de modifications heureuses de la lésion traitée et non d'aggravation ». (DELBET.)

Que nous sommes loin de la théorie séduisante du début, logique, contrôlable même dans son efficacité par des mesures ! Quelle est la raison des heu-

reux effets engendrés par la vaccinothérapie: crise hémoclasique... formation d'anticorps spécifiques ?

« Quelle est la part respective de ces deux éléments dans l'action thérapeutique des vaccins ? Question complexe... Il est indiscutable que la spécificité du vaccin n'est pas tout dans l'activité d'un vaccin contre l'infection correspondante... Certains auteurs ont montré l'action indiscutable de vaccins dont la constitution microbienne ne correspond en rien à la nature du germe causal ». (BRUNEL). L'action spécifique est loin d'être exclusive.

C'est de cette incertitude, de la constatation des heureux effets de chocs que naissent les thérapeutiques non spécifiques. On obtient ce choc de façon simple à l'aide d'albumines étrangères (nucléinate de soude, peptone de WOLFF), de suspensions colloïdales (or, argent), etc. On s'éloigne de la vaccination pour ne pratiquer que des thérapies.

BAZY se refuse à admettre la possibilité d'une action vaccinale. Pour lui, on réalise du fait de l'introduction d'un vaccin dans l'organisme une sorte de surinfection. Les leucocytes sont chargés du rôle de digestion des albumines microbiennes. L'introduction de vaccin dans le milieu intérieur équivaut à l'injection d'albumines étrangères qui entraînent une suractivation des leucocytes. La crise colloïdo-clasique, la réaction vaccinale agit sur un organisme déjà préparé par l'infection, provoque un effet expulsif, comparable au phénomène de Koch, un réveil focal où se produit la séparation du mort du vif.

La conception de BAZY se rapproche en quelque sorte de celle primitivement énoncée par WRIGHT: il s'agit toujours d'une suractivation leucocytaire entraînant une phagocytose plus active.

APPLICATION

AUX INFECTIONS UTERO-ANNEXIELLES

La vaccinothérapie générale n'a été appliquée que tardivement par les auteurs au traitement des infections utéro-annexielles.

Au début, les vaccins utilisés, sans être étroitement spécifiques (auto vaccins) contenaient les germes pathogènes à l'état vaccinal.

Les vaccins généralement employés sont :

Propidon de DELBET: vaccin polyvalent en bouillon contenant streptocoque, staphylocoque, pyocyanique. Les cultures de ces germes ont été laissées à l'étuve à 37° pendant un mois. Ces vaccins présentent une grosse concentration microbienne : 4 cc, 15 milliards de germes.

Vaccin IOD. RANQUE et SENES. Génito-urinaire.

Vaccin IOD. RANQUE et SENES. Antigonococcique.

Tétra vaccin anti pyogène de l'Institut Pasteur.

Vaccin sensibilisé BAZY streptocoque.

staphylocoque.

colibacille.

entérocoque.

Les vaccins injectés au début à de fortes doses entraînent des réactions générales et locales importantes.

Les réactions générales durent de 12 à 24 heures, peuvent être vives, tant dans leurs phénomènes subjectifs que par leur hyperthermie.

Elles consistent en sensations de malaise général, de courbatures généralisées très accusées; quelques moments après l'injection vaccinale, un état nauséeux qui peut aller jusqu'à des vomissements se manifeste, mais est en général de courte durée.

Ces réactions vaccinales peuvent aller jusqu'à présenter une intensité, telle que certains les considèrent comme dangereuses.

Nous avons rapporté l'opinion de DELBET qui croit au contraire en son efficacité curative.

« Le choc n'a jamais entraîné d'aggravation de l'état local ou général.

« L'amélioration clinique paraît être en rapport avec l'intensité du choc. » (RICHARD).

Quels sont les effets de la vaccinothérapie générale sur les phénomènes subjectifs ?

DOULEURS

Dès les premières utilisations des vaccins, les auteurs ont été particulièrement d'accord sur leur effet sédatif. DELBET, à la Société de Chirurgie de Paris en 1922, le signale déjà. KUSS, GUILLEMIN et tous les auteurs, par la suite, vont insister sur cet effet extrêmement net! (GARNIER, LIER). « L'effet est tellement magique que si l'on n'était prévenu, on aurait pu se demander si à l'injection de vaccin, on n'avait pas joint une piqûre de morphine. »

TEMPÉRATURE

Les auteurs ont sur l'influence du vaccin sur la température des opinions différentes. Il semble bien pourtant que, dans la généralité des cas, elle ne soit que peu modifiée par les injections vaccinales.

LÉSIONS

On s'est aperçu très vite que si le vaccin avait un effet sédatif rapide, les lésions n'étaient que peu ou pas modifiées.

DELBET nous parle de résolution de masses annexielles en quinze jours. KUSS obtient des guérisons rapides dans un délai de quinze jours à trois semaines. « Les masses annexielles étaient en voie de résolution avancée ou avaient complètement disparues. » Le traitement vaccinothérapique serait plus rapide et plus constant que le traitement médical.

En 1922, COTTE et CREYSSEL voient dans les effets particulièrement heureux sur la température et les douleurs, une cause d'inconvénient. Les malades se croient trop vite guéries et restent porteuses de lésions encore importantes.

« Nous ne connaissons aucun fait qui nous permette de dire que la guérison ait été obtenue. Dans tous les cas où l'on parle de guérison, il s'agit de malades qui ont quitté plus ou moins vite l'hôpital parce qu'elles ne souffraient plus: la plupart n'ont jamais été revues. »

Les lésions anciennes, disent-ils, ce n'est pas la vaccinothérapie qui pourra les modifier.

Dans les annexites chroniques avec poussées récidivantes, elle permet de réduire rapidement au silence les manifestations aiguës.

Salpingites aiguës. « Il est possible que par une vaccination hâtive, on puisse enrayer les progrès de l'infection, réduire au minimum les lésions qui en sont la conséquence et conserver aux trompes une intégrité fonctionnelle suffisante. » C'est un « idéal qui n'est malheureusement pas encore atteint. »

Les opinions de GUILLEMIN, RICHARD sont de beaucoup différentes Dans les infections qui ont tendance à se localiser, péricérites, phlegmons du large, salpingites et, en général, les collections purulentes résultant de processus inflammatoires locaux limités, la vaccinothérapie a semblé influencer favorablement la marche des infections. (Régression de l'élément douleur. Résolution des phénomènes de suppuration. Chute de la température. Impression de mieux être.)

Il est évident que si la vaccinothérapie générale à une action minime, on comprend difficilement les idées de BAZY qui fait de la vaccinothérapie une arme à double tranchant, tantôt utile, tantôt nuisible en vue du résultat cherché. S'appuyant sur des considérations cliniques, il compare les phénomènes locaux de réaction d'un organisme infecté vis-à-vis d'un vaccin au phénomène de Koch. « Un animal sain » non tuberculeux présente *tardivement* au point d'inoculation un ulcère *persistant* ». Un animal déjà tuberculeux « présente au point d'inoculation presque *immédiatement* un ulcère qui guérit *rapidement* ».

Pour lui, les effets de la vaccinothérapie générale sont semblables à ceux de la vaccinothérapie bacillaire. « La vaccinothérapie crée une élimination de tissus qui ont perdu la vie. Il se produit un réveil focal qui peut entraîner des inconvénients et même des dangers... Il se produit au niveau de tous les foyers de l'infection. »

Utile, c'est l'opinion de GODLEWSKI qui écrit: « Dans toute annexite aiguë ou périannexite aiguë, la vaccinothérapie qui ne présente aucun danger doit

être appliquée. Son action est plus décisive dans les infections aiguës prises dès le début (ce qui ne veut pas dire que la guérison sera toujours obtenue).

Cette action de la vaccinothérapie sera toujours plus importante, plus décisive sur les tissus péri-utérins, péri-annexiels que sur les annexes elles-mêmes, qu'il s'agisse de cas subaigus et chroniques.

Inefficace, quelquefois dangereuse, telle est l'opinion de GUYOT et VILLARS. « Ce résultat négatif de la vaccination n'est pas pour nous surprendre et nous nous réservons de publier d'autres observations ou au lieu d'être utile elle s'est montrée nuisible ».

MOCQUOT, PERY, BALARD se contentent de dire qu'elle ne leur a donné aucun résultat.

On comprend qu'il soit difficile de donner des chiffres et c'est à l'étranger que nous devons nous adresser.

FRONNE, 22 % de guérisons, 42 % d'améliorations marquées.

MUCHAT, HOFFMANN, Vienne, 9,5 % de guérisons, 50 % d'améliorations.

En résumé:

L'action de la vaccinothérapie générale est probablement due, pour une part, à son action spécifique sur les germes microbiens, pour une autre part aux modifications d'ordre protéinique causées par la pénétration dans l'organisme d'albumines étrangères.

La douleur, la température sont manifestement influencées.

Son action sur les lésions est loin d'être constamment utile et efficace.

Vaccinothérapie Locale
Obstétrique et Gynécologie

Nous avons passé en revue précédemment les opinions des auteurs sur la vaccinothérapie générale. Vers 1926, la plupart sont pour le moins sceptiques sur son utilité: on comprendra immédiatement l'intérêt avec lequel fut reçue la méthode nouvelle sortie des expériences de BESREDKA. Ces expériences ont été succinctement résumées au chapitre historique. Nous voudrions maintenant exposer les idées bases de cette théorie immunitaire.

Pour cela, nous empruntons au travail de M. TRAISSAC.

Nous commencerons par l'étude :

des éléments du conflit :

cellules réceptives;

le microbe;

le vaccin.

Nous suivrons ensuite le conflit de ces trois éléments, leurs réactions réciproques : le mécanisme intime d'une infection.

CELLULES RECEPTIVES

Supposons que pénètre à l'intérieur d'un organisme un antigène. Il existe dans l'économie des cellules, vers lesquelles cet antigène est attiré, des cellules sensibles, des cellules réceptives. Et dans toute l'économie, il n'y a que ces cellules qui soient sensibles, réceptives, vis-à-vis de cet antigène. Ce que BESREDKA définit : « Chaque virus a son organe. »

MICROBE

Si dans l'individu il n'existe pas de cellules récep-

tives pour un germe donné, ce germe ne peut créer chez cet individu de maladie : « Un germe n'est pathogène qu'en fonction des cellules réceptives. »

Un microbe possède vis-à-vis de l'individu des moyens d'action qui lui sont propres.

VIRUS

Une bactérie est nuisible de par sa capacité de sécrétion. Cette sécrétion, le virus, est intimement liée au corps microbien, adhérente à lui.

Elle est d'autre part fragile, facilement détruite par la chaleur.

ANTIVIRUS

Lorsqu'on laisse vieillir une culture en bouillon, et que l'on filtre cette culture, on obtient un liquide dans lequel ne peut pousser un ensemencement de bactériidies semblables. Les premières bactériidies ont libéré une sécrétion que BESREDKA appelle antivirüs.

L'antivirus possède les propriétés suivantes: il suffit, pour l'obtenir, de procéder à une culture et à la filtration de cette culture. Le filtrat contient l'antivirus ; celui-ci se détache donc facilement des corps microbiens pour se répandre dans le liquide environnant. Résistant, il n'est pas détruit par la chaleur à 60 degrés.

En résumé, pour BESREDKA, le microbe est un complexe constitué par le substratum anatomique du corps microbien, le virus et son antivirus.

TROISIÈME SUBSTANCE

De plus, lorsque les cellules réceptives entrent en réaction avec le complexe précédemment décrit, il se forme un autre produit, la troisième sub-

stance, dont le rôle serait d'éloigner les leucocytes, d'inhiber la phagocytose.

VACCIN

Quelle en est la composition ? On obtient un vaccin, soit en tuant, soit en sensibilisant, soit en lysant à l'aide de produits chimiques, etc..., les germes microbiens. Cette atteinte apportée au complexe microbien est suffisante pour détruire le virus qui est fragile.

Au contraire, l'antivirus, parce que plus résistant, demeure dans le vaccin, adhèrent au corps microbien. Dans ce vaccin, la partie utile, active, est l'antivirus. Dès l'injection vaccinale, le vaccin est phagocyté. Les globules blancs attaquent les corps microbiens et libèrent l'antivirus. Une vaccination équivaut donc à l'introduction dans l'organisme d'une certaine quantité d'antivirus.

Nous avons étudié séparément chacun des différents facteurs de l'infection. Nous allons procéder maintenant à l'étude de l'infection en elle-même.

INFECTION

Des germes pénètrent dans un organisme: il y a infection. Supposons que ces germes :

a) N'arrivent pas en contact avec les cellules réceptives. Les leucocytes jouent le rôle de défense. Les microbes seront détruits comme de vulgaires saprophytes.

b) Les germes arrivent au contact des cellules réceptives. L'infection peut être grave, bénigne ou nulle.

1. L'infection est grave. Entre les cellules et le complexe microbien, il se produit une réaction in-

tense. Cette réaction a pour effet de libérer la troisième substance de BESREDKA: la phagocytose est à peu près inexistante. Les leucocytes sont paralysés.

2. La réaction entre les cellules réceptives et l'antigène est minime : l'infection est bénigne. Il n'y a pas libération d'une troisième substance ou libération en quantité infime. La phagocytose se produit intensément et maîtrise l'infection à son début.

3. Mais l'infection peut être nulle si les cellules, pour une des raisons que nous allons bientôt exposer n'entrent pas en réaction. Il n'y a donc pas de troisième substance, les leucocytes détruisent les bactéries.

IMMUNITÉ

Dans ce troisième cas, nous voyons un organe être infecté et l'infection n'entraîne pas de processus pathologique. L'organisme est donc immunisé et son immunisation résulte de l'indifférence des cellules réceptives vis-à-vis du complexe microbien. Ainsi le mécanisme intime d'une immunité consiste dans la production de cette indifférence, de cette accoutumance.

1° Les produits microbiens entrant en contacts fréquents avec les cellules, celles-ci en arrivent à s'accoutumer à eux et à ne plus réagir.

2° Ou bien l'immunité est une immunité artificiellement acquise : l'individu a été vacciné. Or, nous savons qu'un vaccin est actif lorsqu'il est susceptible, après digestion des globules blancs, de libérer un antiviral. Cet antiviral est absorbé par les cellules réceptives, de telle sorte que celles-ci deviennent impropres à entrer dans une nouvelle combinaison » avec le microbe correspondant. L'an-

tivirus a vacciné les cellules réceptives et cette vaccination locale entraîne, d'après ce que nous avons vu, l'immunité générale de l'individu.

Ces quelques considérations nous permettent de comprendre ce que BESREDKA entend par vaccination d'un individu sain. Une *vaccinothérapie* est différente dans son application, mais pas dans son but: elle ne s'applique pas à un individu sain, mais à un organisme déjà touché par l'infection. Parmi les cellules réceptives, nombreuses sont celles qui sont déjà atteintes et le but de la vaccinothérapie, c'est-à-dire « un apport d'antivirus dans un organisme infecté », sera la préservation des cellules encore intactes. La vaccinothérapie consiste en une « prophylaxie des cellules réceptives saines ».

APPLICATION DE LA VACCINOTHERAPIE

LOCALE EN OBSTETRIQUE

Un accouchement, un avortement laissent après eux une large surface facilement infectable. Nous avons vu que de nombreux auteurs ont tenté de créer une barrière à l'infection généralisée possible, de limiter les lésions existantes en procédant à la vaccination locale de la cavité utérine.

La méthode va consister en l'application de substances vaccinantes au moyen de tamponnements.

SUBSTANCES VACCINANTES

FILTRATS-VACCINS

Ce sont les agents les plus employés. Ils sont préparés de la manière suivante : on procède d'abord à des prélèvements intra-utérins. Les germes sont isolés ; les cultures en bouillon restent pendant huit jours à 37° à l'étuve, chaque culture contenant une souche de streptocoque. Les cultures sont filtrées ; dans le filtrat, nouvel ensemencement du streptocoque de la même souche. Les cultures sont filtrées à nouveau et les filtrats réunis. RAVINA, LÉVY SOLAL, SIMARD, LELOUP, FAUGÈRE, ROBERT.

AUTO-FILTRATS

Un auto-filtrat est obtenu à partir des germes prélevés sur le segment inférieur de la malade. Étant donné que la méthode doit être employée aussi précocement que possible, les filtrats ne peuvent être prêts que plus tard, à une période où l'efficacité des tamponnements est douteuse. POTOCKI et FISCH, en quelque sorte promoteurs de la méthode, insistaient sur l'importance d'une spécificité rigoureuse.

VACCIN

MONTAGNE, en Belgique, ROBERT, dans le Service du Professeur ANDERODIAS, emploient des bouillons vaccins Grémy 31.

LAPORTE, BROcq et DUCHON utilisent un lysat-vaccin obtenu par action bactériolytique du bacille pyocyanique sur diverses souches de streptocoque. Ces lysats vaccins seraient « parfaitement stables et couvés d'un pouvoir hautement immunisant et d'une innocuité absolue ».

SÉRUM

DUPAYA conseillait l'application du sérum de LECLAINCHE et VALLÉE. Ce sérum est du sérum de cheval auquel ont été injectées des cultures microbiennes multiples.

TECHNIQUE

Les substances vaccinales sont introduites à l'intérieur de l'utérus en tamponnement.

La technique des tamponnements diffère avec les auteurs; nous allons d'abord exposer celle qui est actuellement adoptée par toute l'école de LÉVY SOLAL.

On procède d'abord au nettoyage de la vulve et du vagin à l'aide d'une solution faiblement antiseptique.

Il est nécessaire de posséder des mèches de 3 à 4 centimètres de largeur, assez épaisses et longues de plusieurs mètres.

La substance vaccinale est déposée dans une coupelle stérile. On déplie la mèche dans la coupelle afin qu'elle soit convenablement imbibée. Une quantité de 150 à 200 centimètres cubes suffit.

On va à la recherche du col à l'aide de valves. Le col est fixé au moyen d'une pince de Museux agrippée à la lèvre antérieure.

Il faut alors introduire la mèche à l'intérieur de la cavité. Cette manœuvre est souvent assez délicate : le segment inférieur est replié sur lui-même, plissé. L'utérus présente une antécourbure accentuée, et on doit se rappeler aussi qu'il est souvent dévié sur la droite. On conseille de faire suivre précautionneusement à une pince plate à pansement

tenant l'extrémité de la mèche la lèvre antérieure du col, le segment inférieur dans sa partie antérieure ; on accède ainsi dans la cavité utérine.

La mèche doit être tassée dans l'utérus.

Le tamponnement est laissé en place 24 heures.

Pour certains, l'application étroite de la mèche fortement tassée contre l'utérus pourrait déterminer son occlusion et la rétention des lochies. Le tamponnement favoriserait le développement de l'infection en vase clos. LASSEIGNE (Professeur DELMAS) entoure un drain de mèche imbibée et introduit le tout dans la cavité utérine. Il réalise ainsi une vaccination de la cavité en même temps que son drainage. Les tamponnements sont laissés en place 24 heures.

MONTAGNE laisse pendant la même durée le pansement. Mais il emploie une technique un peu particulière. Il se sert d'un tube de caoutchouc du calibre des sondes n° 16. L'extrémité supérieure du tube est perforée en différents endroits à l'aide d'aiguilles portées au rouge. Il réalise ainsi un drain du type Carrel. Ce drain, entouré d'une mèche, est enfoncé dans l'utérus ; la mèche est tassée dans le vagin autour du drain. Celui-ci pend à la vulve. Toutes les deux heures, MONTAGNE fait faire dans le tube une injection de bouillon vaccin Grémy.

A quels cas cliniques s'adressent de préférence ces moyens de vaccination ?

Le terme de vaccination suppose la prévention d'une infection possible que certaines conditions cliniques permettent de prévoir.

TAMPONNEMENTS PRÉVENTIFS

Les tamponnements préventifs visent tous les cas où l'expulsion fœtale difficile a nécessité des manœuvres manuelles ou instrumentales importantes.

MANUELLES

Révision utérine. Grande extraction du siège. Version podalique. Version par manœuvres mixtes, délivrance artificielle. Gémellaire.

INSTRUMENTALES

Forceps difficile et long. Basiotripsie. Cranioclasie.

RÉSULTATS

Les résultats sont toujours très bons. La température s'élève fréquemment à 38°, 38°5, tombe à la normale après le premier pansement. « Quand l'infection se produit, elle est légère, il existe un léger endolorissement utérin. »

TAMPONNEMENTS CURATIFS

L'infection se déclare avant l'expulsion fœtale. Devons-nous pour cela abandonner le tamponnement ? De façon plus générale, cette méthode peut-elle être appliquée à des cas cliniques où l'infection s'est déjà déclarée ? Dans ces conditions, la vaccinothérapie aura pour rôle de limiter, circonscrire l'atteinte des cellules réceptives.

PRÉCOCES

Infections amniotiques.

Forceps pour lenteur de l'expulsion.

+ délivrance artificielle

+ incision du col.

Délivrances artificielles.

Placenta prævia.

Révision utérine.

Une gemellaire : hydrocéphalie, embryotomie.

Un fœtus mort-né.

SECONDAIRES

Ici, les tamponnements sont faits dès les premiers jours du post-partum. Ils doivent être institués dès la première élévation de la température ou même au premier accroissement de la rapidité du pouls.

Endométrite aiguë des premiers jours

L'accouchement avait pu se faire spontanément ou bien nécessiter une application de forceps, une délivrance artificielle, une révision utérine, etc...

L'apyrexie est en général obtenue dès le premier ou le deuxième tamponnement. L'infection reste localisée à l'utérus. Pourtant les auteurs recommandent de procéder, quelle que soit l'amélioration clinique, à trois tamponnements.

TARDIFS

Les tamponnements sont faits après la première semaine du post-partum. Ils ont été employés dans les cas de rétention de membranes, s'accompagnant d'élévation du pouls et de la température, pour hémorragies secondaires tardives.

Les tamponnements curatifs ont présenté des succès rarement suivis de mort. Ils se sont produits, soit dans des cas d'infection précoce avant l'accouchement, soit dans des cas d'application tardive, alors que les défenses locales avaient été forcées.

La vaccination locale s'adresse aussi bien aux suites de couches qu'aux avortements. Son utilisation aux avortements s'est généralisée depuis les premières observations de LÉVY SOLAL et RAVINA.

Elle est employée soit après curage, soit après curetage, alors que l'infection s'est déclarée in utero post-abortum ou dans les jours qui suivent l'avortement. Ainsi, là encore, les tamponnements offriront les mêmes caractères de préventifs, curatifs, précoces, secondaires ou tardifs.

Les résultats sont, dans ces cas, particulièrement encourageants, les succès sont très rares.

La clinique n'offre donc à l'emploi de cette méthode aucune contre indication. ROBERT a étudié parallèlement à quinze cas où la vaccination locale avait été utilisée, quinze autres cas où étaient mis en œuvre les moyens de traitements habituels ; il conclut : « Les pansements intra utérins ont donné un résultat égal sinon supérieur aux autres traitements. » De plus, il semble que la méthode employée préventivement de façon systématique, entraîne une grosse amélioration des statistiques.

(Thèse de BOUCHAUD. Thèse de SCHLESINGER).

Nous voudrions rapporter maintenant l'étude bactériologique faite par RAVINA. Cette étude nous permettra la discussion des objections à l'emploi

de cette méthode, de ses avantages et de ses inconvénients.

Des prélèvements de lochies sont faits avant et après chaque tamponnement au niveau du segment inférieur. L'ensemencement est fait sur gélose lactosée tournesolée et sur gélose sérum extrait globulaire.

Dans le cas des tamponnements préventifs, cette technique décèle l'existence de streptocoque dès le premier tamponnement. Après les deuxième et troisième tamponnements se développent d'autres microbes : staphylocoque, entérocoque, cutis communis, Friedlander. Ces microbes sont toujours associés au streptocoque; rarement se produit la pullulation ou la disparition de ce germe.

Dans les tamponnements curatifs, la flore microbienne n'est pas modifiée.

Le streptocoque ne pousse pas dans un filtrat lorsque ce filtrat a été préparé au départ d'un streptocoque identique. Le filtrat ne tue pas ce streptocoque mais entrave son développement.

Un streptocoque de race différente pousse aussi bien dans ce filtrat que dans un milieu peptoné ordinaire.

L'action d'un filtrat anti streptococcique est nulle sur le colibacille, le para-typhoïde A. qui s'y développent comme en milieu favorable. Si on ajoute un streptocoque à ce filtrat contenant du colibacille et du para-typhoïde A. le streptocoque pousse moins bien qu'en milieu ordinaire.

Nous devons confronter les résultats cliniques et ces quelques notions bactériologiques : il est proba-

ble que l'anti-virus n'agit pas de par ses propriétés antiseptiques ; il n'agit pas au moment de son utilisation clinique sur le microbe lui-même ou très peu. Son action est localisée aux cellules réceptives de l'utérus qu'elle vaccine.

Objections

1. En portant un filtrat vaccinal dans la cavité utérine, nous vaccinons cet utérus contre le germe correspondant. Mais cette vaccination est spécifique, ne vaccine l'individu que contre le streptocoque qui a servi à préparer le filtrat. Dans l'utérus on voit apparaître d'autres germes susceptibles d'entraîner une infection puerpérale (staphylocoque, colibacille). Ces germes se développent d'autant plus facilement qu'existe cet excellent bouillon de culture qu'est l'antivirus. Il semblerait que la vaccination locale favoriserait ce développement.

A ces objections, les auteurs ont répondu :

a) En s'adressant au streptocoque, on s'adresse au germe qui entraîne le plus souvent des phénomènes mortels. D'autre part, ils utilisent des filtrats anti-streptococciques aussi polyvalents que possible.

b) Les constatations bactériologiques, cliniques, énoncées ci-dessus, montrent que les germes étrangers au streptocoque poussent, mais pas de façon normalement rapide et importante.

2. L'anti-virus a une action spécifique sur le germe qui a servi à le préparer. Mais ne suffirait-il pas de préparer un autovaccin ? Il n'existerait plus alors aucun doute sur l'efficacité pratique et théorique de son acte.

APPLICATIONS DE VACCINATION LOCALE EN GYNECOLOGIE

La vaccination locale a trouvé son application dans les traitements gynécologiques. Elle a été utilisée pour le traitement des affections inflammatoires de la vulve, du vagin et du col et pour celui des inflammations venant compliquer les ulcérations néoplasiques du col.

Dès qu'un néoplasme s'ulcère, il crée aux germes vaginaux une porte d'entrée. Les bourgeons néoplasiques offrent, au milieu d'un ensemble exubérant, des points ayant une tendance plus ou moins marquée à la nécrose. Toutes les conditions sont donc remplies pour que les microbes puissent vivre, proliférer et infecter les tissus avoisinants.

Les accidents inflammatoires consistent surtout en des poussées « lymphangitiques, parties de l'utérus, ayant leur maximum au niveau des paramètres » et en des salpingites. Des collections purulentes du Douglas, du ligament large, des péritonites mêmes peuvent se produire. Ces accidents, surtout les premiers signalés, se rencontrent souvent au cours du traitement radiumthérapique. R. BERNARD pense qu'ils « sont de nature traumatique et dus beaucoup plus aux manœuvres de la pause, qu'à l'action du radium. »

Ainsi la néoplasie du col va permettre la prolifération des germes vaginaux. Ce sont des bacilles (colibacille, protéus, pyocanique, fluorescens, entérocoque, staphylocoque et un gros diplocoque non encore identifié). AITOFF, SOPHIA FABRE, HARTMANN.

GRANDCLAUDE et LIÈGEOIS ajoutent à cette liste des

germes anaérobies : streptocoque anaérobie, bacille perfringens, bacille putrificus.

Parmi ces germes, le rôle prédominant serait dévolu aux germes entéro-streptocoques et particulièrement au streptocoque anaérobie. Les perfringens auraient aussi une certaine importance. PECHIN, MUTIERNILCH, LAVEDAN, considèrent aussi comme pathogènes les microbes du groupe streptocoque et staphylocoque.

Les auteurs, pour lutter contre l'infection emploient des stocks-vaccins, des autos-vaccins, ou des vaccins préparés avec le germe provenant d'autres malades.

Ces néoplasmes infectés ont un aspect sanieux ; les bourgeons néoplasiques se sphacèlent et prennent une teinte verdâtre. Des pertes irritent les organes génitaux externes des malades. Elles ont une teinte roussâtre, une odeur fétide repoussante.

Si l'infection peut assombrir le tableau d'un néoplasme infecté incurable, il est certain qu'elle constitue une source de complications au cours du traitement radiumtherapique, au point souvent d'imposer l'arrêt de toute thérapeutique.

REGAUD apporte les conclusions suivantes :

« L'infection microbienne a une importance très grande au point de vue efficacité, inefficacité, ino-cuité, danger du traitement par les radiations.

L'infection superficielle des néoplasmes ulcérés, non accompagnée de phénomènes généraux, n'exige pas de désinfection préalable à la radiothérapie, à l'exception du streptocoque.

L'infection se traduisant par les signes ordinaires de l'inflammation, celle qui dépasse les limites de la tumeur, diminuent la radiosensibilité de la tumeur.

La radiumthérapie diminue la résistance des tissus vis-à-vis des agents infectieux, entraîne un réveil et une exacerbation de l'infection.

L'existence d'une infection inflammatoire ancienne péri-utérine doit rendre la radiothérapie prudente.

On ne doit pas traiter des femmes présentant des symptômes locaux d'infection utérine ou paramétriale avant d'avoir fait disparaître l'infection si possible. »

Les effets de la vaccination locale seraient les suivants : Chez les incurables, la désinfection apporterait un retard dans l'évolution de l'affection en anihilant les poussées inflammatoires dont nous avons parlé. De plus, la vaccination locale apporterait au malade un immense réconfort moral : les douleurs, les phénomènes généraux s'atténuent pour un temps. Les pertes diminuent, perdent rapidement leur caractère de fétidité. Les troubles engendrés par leur écoulement au niveau de la vulve deviennent supportables ou disparaissent. Localement, l'ulcération perd l'aspect jaune verdâtre qu'elle avait primitivement. Les fausses membranes qui la recouvraient tombent, l'ulcération est rouge vif, saignante. En même temps, l'examen microscopique de la leucorrhée décèle les phénomènes suivants : la flore microbienne diminue et tend à devenir monomicrobienne. Les microbes qui demeurent sont l'objet d'une phagocytose intense et on les retrouve englobés dans les polynucléaires.

Chez les malades porteuses de lésions curables, elle va permettre de juguler une infection existante et par cela même l'application des appareils radifères. Au cours de la curiethérapie, en diminuant la

virulence de l'infection, elle permettrait d'éviter les poussées lymphangitiques ou la production des collections purulentes.

Nous voudrions rapporter les opinions de certains auteurs : il semble bien que depuis les premières applications de filtrats-vaccins faites par Mlle BASS, MUTTERNILCH, LAVEDAN, la confiance en son efficacité ait énormément diminué. S. LABORDE écrit, en parlant des recherches de GRANDCLAUDE et WICKAM : « Après des résultats encourageants comme il arrive souvent au début de l'application d'une méthode, nous avons enregistré de nombreux succès. Dans les cas où le bacille perfringens est en jeu, « le sérum anti gangréneux en application locale donne de bons résultats, presque constants ». Le plus généralement, les accidents graves sont dus au streptocoque. Alors, « tous les procédés de désinfection du cancer cervical, soit par le moyen de substances chimiques, soit par application locale de vaccin ou même de bacteriophage, paraissent voués à l'insuccès ».

Ainsi les accidents inflammatoires venant compliquer les cancers du col :

1. Sont d'une particulière gravité lorsqu'on relève dans leur étiologie des germes du groupe entérostreptocoque. En ce cas, il semble bien que la vaccination locale, même combinée à la vaccination générale, soit inopérante.

2. Le pronostic est beaucoup moins sombre pour les néoplasies infectées par les autres germes indiqués. La vaccination locale amène, en général, une amélioration de l'état local et général de la malade.

La vaccination locale a été employée au traitement des affections inflammatoires banales.

Les affections aiguës gonococciques bénéficieraient particulièrement des pansements aux filtrats vaccins. Un liquide antiseptique a bien, comme l'antivirus, une action sur la flore microbienne, mais il présente pourtant l'inconvénient d'être irritant pour les muqueuses.

Au contraire, les pansements aux antivirus n'offrent pour le vagin, le col, aucune source d'irritation : l'antivirus est cytophylactique. De plus, de par son action sur les cellules, il agit sur celles-ci en les vaccinant, en empêchant toute nouvelle atteinte venant du germe infectieux. Nous dirons que le pansement à l'antivirus agit en profondeur, n'est pas dangereux pour les muqueuses.

Nous avons étudié quels peuvent être les germes, causes des affections inflammatoires de la vulve, du vagin et du col. Les vaccins employés sont des filtrats vaccins hétérogènes ou autogènes. Mlle de LARNAGE emploie contre les gonococcies un vaccin hétérogène qu'elle prépare suivant la méthode de Mlle BASS. Les germes proviennent de gonococcies sévères. Les cultures sont laissées pendant un mois à l'étuve à 37°, puis portées dans une glacière où se produit la lyse des corps microbiens. Le liquide surnageant est réparti en ampoules.

La technique est simple : Elle consiste en l'application d'un tamponnement exécuté au moyen de mèches imbibées de filtrat. Lorsqu'existe une métrite concomitante, on peut procéder à l'instillation de 1 à 2 cc. dans l'orifice cervical. La durée du tamponnement est variable : on peut procéder à deux tamponnements par jour ou laisser les mè-

ches en place jusqu'à 48 heures. La durée dépend de l'intensité, de la gravité, de l'ancienneté des lésions.

Les tamponnements ont un effet particulièrement heureux sur la leucorrhée et la douleur. Très rapidement, les phénomènes douloureux s'atténuent, les pertes diminuent d'abondance.

La guérison clinique, sinon bactériologique, serait obtenue en quinze jours, à six semaines, par Mlle de LARNAGE, dans presque tous les cas. Les cas particulièrement rétifs bénéficieraient d'une vaccination intra-dermique au filtrat vaccin.

La statistique fournit par Mme AITOFF et POINCLOUX, sur 26 cas est : 16 guérisons : 6 améliorations 4 échecs.

Les filtrats vaccins peuvent servir à la préparation et aux pansements des opérations pratiquées sur la vulve, le vagin et le col. LAMARE, LARJET, MOREAU.

Nous n'avons pas employé isolée la vaccination locale dans les affections inflammatoires des organes génitaux, mais très fréquemment, autant que nos ressources en filtrats vaccins nous le permettaient, nous l'avons pratiquée en même temps que la vaccination régionale. Les applications consistaient en tamponnements imbibés de . Les résultats en ont toujours été satisfaisants.

Les résultats ont été excellents en ce qui concerne les pansements des opérations vaginales. La méthode assure au vagin une cicatrisation facile et rapide.

Vaccinothérapie Régionale
par la porte d'entrée

Principes Directeurs de la méthode

Ce que nous avons dit de la vaccination locale, va nous permettre d'entrer immédiatement dans l'exposé des principes directeurs de la vaccination régionale.

Jusqu'ici, nous savons que, à chaque microbe correspondent dans l'organisme des cellules vers lesquelles ce microbe est attiré. La maladie résulte de l'interréaction existant entre ces cellules et les microbes. Lorsqu'on arrive à mettre en contact cellules et vaccin correspondant aux microbes pathogènes, on rend les cellules indifférentes vis-à-vis de ce microbe. Les cellules sont vaccinées, immunisées, et comme une maladie a pour stimulus princeps l'atteinte de ces cellules, l'immunité cellulaire entraîne l'immunisation de l'organisme tout entier.

Ainsi immunité locale entraînant l'immunité générale par vaccination locale. D'autre part, BESREDKA suppose une spécificité vaccinale rigoureuse.

La théorie de BASSET et POINCELOUX repose sur les mêmes idées, auxquelles viennent s'ajouter des notions nouvelles:

Un microbe une fois à l'intérieur d'un organisme est attiré toujours par certaines cellules. Mais pour y pénétrer, il semble bien qu'existent pour chaque antigène des cellules qui, plus particulièrement que d'autres, vont laisser pénétrer ce germe. Une maladie est engendrée par la rencontre des cellules réceptives et du microbe; mais ce microbe adopte une voie qui lui est habituelle, coutumière, du fait que de tout le revêtement cutanéomuqueux de défense de l'individu, seules, certaines cellules sont incapables à en empêcher la pénétration.

Lorsqu'on veut immuniser un individu ne réalise-t-on pas, par une vaccination, une infection bénigne, afin de mettre l'organisme en état de défense. N'est-il pas logique de faire en sorte que maladie atténuée et affection correspondante se ressemblent intimement, étroitement ? Et BASSET et POINCLoux en arrivent à prôner l'injection vaccinale au niveau de ces tissus de surface porte d'entrée. La substance vaccinante pénètre par la porte d'entrée par laquelle le microbe lui-même s'est introduit.

Les auteurs (FRON A.) ont voulu voir dans la première vaccination réalisée, la vaccination anti-charbonneuse, une réalisation de cette conception. Nous avons vu que le cobaye ne peut être immunisé contre le charbon que par immunisation de la peau. Mais, si, pour BESREDKA, l'animal est vacciné parce que l'antivirus a été appliqué au niveau de cellules susceptibles d'engendrer la maladie, pour BASSET et POINCLoux l'immunisation résulte du fait que la peau est aussi l'organe de porte d'entrée. Il en est de même pour les immunités typhique, dysentérique et cholérique.

Même application à la vaccination anti-rabique qui est aussi, pour ces auteurs, une vaccination par la porte d'entrée. Elle est efficace et utile parce que la substance vaccinante touche les tissus sensibles de porte d'entrée: les ramifications nerveuses terminales cutanée. Et FRON A. pense que si on coupait les troncs nerveux attenant à la surface cutanée où a été faite l'injection vaccinale, celle-ci serait inopérante, comme est inopérante l'injection de virus en une surface dont on a coupé les communications nerveuses avec l'encéphale.

La vaccination sous-cutanée générale, antigonococcique, ne donne aucun résultat, comme nous

l'avons vu, ou des résultats qui n'emportent pas avec eux d'avis nettement favorables. Les auteurs, trouvant logique de lutter contre un microbe de façon spécifique, c'est-à-dire à l'aide d'un vaccin, désire conserver cette arme. Pour qu'elle soit efficace, ne vont-ils pas jusqu'à injecter des bacilles vivants (LOESER), et cherchant à s'assurer par le secours d'un autre facteur (porte d'entrée pour BESREDKA, revêtement cutané pour LOESER), l'immunité de l'individu, ils pratiquent les injections de culture de microbes vivants intradermiques. Les résultats négatifs de POINCLOUX viennent clairement prouver à celui-ci que ce n'est pas dans le derme, insensible vis-à-vis du gonocoque que l'on peut espérer le succès, mais dans l'introduction dans les tissus sensibles au gonocoque lui-même, la muqueuse uréthrale.

Nous ne voudrions pas nous répéter. Et ce qui s'est dit pour le gonocoque s'applique au colibacille. Hôte habituel de l'intestin, où il détermine des troubles locaux, il est susceptible d'aller infecter, comme nous l'avons vu, l'émonctoire rénal, mais aussi les organes génitaux. Le lieu d'infection, le lieu de pénétration est donc la muqueuse intestinale toute entière, difficilement accessible à la vaccination.

Les effets *bénéfiques* de la vaccination peuvent se faire sentir en des endroits multiples et éloignés du point d'injection porte d'entrée, de même que le microbe après avoir pénétré en un point précis va vers ces mêmes endroits.

Et BASSET et POINCLOUX « appellent région l'ensemble des tissus dont la porte d'entrée du microbe pathogène est le sommet, et l'organe où ce germe s'est fixé et provoque des désordres, la base ».

Si BASSET et POINCELOUX donnent aux notions de porte d'entrée, de région, une grosse importance ils en accordent une toute aussi grande à la spécificité du vaccin. Pour qu'une vaccination puisse avoir des effets favorables, il faut qu'existe dans le vaccin le microbe cause de la maladie à l'état vaccinal; si ce microbe ne s'y trouve pas, il est de même inutile d'espérer voir se produire la réaction qui suit une injection faite convenablement : la maladie atténuée dont nous avons parlé plus haut. Ainsi, la production de cette réaction donne au thérapeute la garantie que dans le vaccin existe à l'état vaccinal le microbe pathogène et ensuite que cette injection a été faite en un point, porte d'entrée du microbe.

En résumé, les principes directeurs de la V.R.P.E. sont les suivants:

Un microbe est cause d'une affection; c'est au vaccin correspondant que l'on doit s'adresser. Donc, spécificité de thérapeutique.

Un microbe pour infecter un individu ne peut pénétrer dans l'organisme qu'en certains points. C'est au niveau de ces points que doit être faite l'injection vaccinale.

Une réaction suit l'injection; elle ne se produit que lorsqu'on a injecté le vaccin correspondant au microbe pathogène au niveau du point où ce microbe a pu pénétrer dans l'organisme.

Les améliorations se font sentir en tous les points de localisations secondaires du microbe.

*Détermination du Microbe
Pathogène et de la Porte
d'Entrée*

L'application de la V.R.P.E. nécessite, d'après ce que nous avons vu,
la connaissance du microbe pathogène,

Nous avons vu aussi, que une fois renseigné sur le microbe, le gynécologue connaît la porte d'entrée, étant donné la spécialisation des germes pour certains tissus. Aussi, toute l'attention du thérapeute doit avant tout s'attacher à déterminer la nature du microbe en cause.

Les quelques notions bactériologiques que nous avons intentionnellement placées au début de notre travail, nous ont montré la rareté de ces germes. L'enquête clinique doit se résoudre à tenter de ranger l'affection dans la classification que nous avons déjà indiquée.

EXAMEN CLINIQUE

L'interrogatoire nous fournit déjà des renseignements importants. L'affection est aiguë, récente ou ancienne.

Nous n'insisterons pas sur la symptomatologie d'une gonococcie aiguë récente. La malade signale d'elle-même les phénomènes douloureux à la miction, les douleurs au niveau de la vulve qu'elle compare à des brûlures. Elle souffre de l'hypogastre, des régions ovariennes.

Il faut faire préciser le caractère des pertes: gonorrhéïques, elles sont jaunâtres, liquides, tachent le linge. Tous ces phénomènes remontent à un coït plus ou moins éloigné, un changement de partenaire.

D'autre part, nous voulons insister sur ce point : une affection gynécologique s'accompagnant de

troubles de la menstruation (retard de règles, puis métrorragies) est fréquemment consécutive à une infection gonococcique.

Le toucher permet-il de déceler une vaginité intense, l'introduction des deux doigts est-elle douloureuse, antile? Vaginisme inférieur qui est une signature d'une affection à diplocoques de NEISSER.

L'inspection de la vulve montre souvent un écoulement urétrhal, une turgescence du méat, plus particulièrement en sa partie postérieure, au niveau des glandes de Skene.

Le col, le vagin sont enflammés; ils s'y trouvent des pertes liquides très abondantes; une légère érosion entoure le col.

L'affection est-elle ancienne ?

Nous avons montré comment évoluait la bactériologie de l'affection: les gonocoques disparaissent des pertes, et bientôt entérocoques et colibacilles y apparaissent, la métrite a une étiologie mixte.

Déceler son étiologie gonococcique offre pourtant un intérêt primordial. Il faut s'attacher à remonter dans les antécédents des malades à ces symptômes que nous venons d'indiquer. Et il est assez rare que l'enquête clinique soit négative. De plus, la pression sur le conduit urétrhal au niveau des glandes de BARTHOLIN laisse quelquefois sourdre une goutte de pus. L'aspect du méat urétrhal rouge, oedematié, souvent exulcéré en sa partie postérieure, doit faire suspecter une étiologie gonococcique.

L'anamnèse permet de déterminer facilement l'étiologie des endométrites post-partum et post-abortionum.

Les affections pelviennes colibacillaires peuvent être rangées en deux syndromes que notre Maître, M. FERRARI, désigne par les termes de syndrome entérogénital primitif de syndrome entéro-génital secondaire.

« Le premier existe chez les femmes atteintes de constipation habituelle, entérocolite, appendicite chronique sans aucun passé génital, mais qui s'aperçoivent un jour qu'elles ont des pertes jaunâtres abondantes, coïncidant avec des douleurs pelviennes, lombaires, et qui souffrent à l'occasion de leurs règles jusque là indolores. »

« Le second survient chez les femmes qui ont eu auparavant une affection utérine ou utéro-annexielle, soit blennorrhagique, soit puerpérale. Exemptes jusqu'alors de troubles digestifs, elles voient par la suite leur intestin devenir paresseux; une constipation s'installe, entrecoupée de poussées diarrhéiques et de crises douloureuses. A ce moment, un examen microscopique des pertes permet de déceler le colibacille et l'entérocoque. »

Une affection colibacillaire se surajoute à une affection gonococcique ou du post-partum. La réciproque est vraie: des lésions colibacillaires discrètes peuvent être réinfectées par du gonocoque et dans ce cas il faut traiter ces malades pour leur gonococce mais aussi attaquer le colibacille; on peut ainsi espérer un résultat thérapeutique.

LE LABORATOIRE

« J'ai déjà écrit plusieurs fois, nous dit POINCLOUX, que les indications fournies par le laboratoire en appoint au diagnostic étaient de second ordre. Je continue à penser que la clinique doit conserver la préséance à cet égard. Cependant, maintenant

que j'en ai vu un grand nombre, les frottis de glaires, accessoirement leur culture me paraissent capables, notamment par leur aspect général au microscope, d'aider le médecin quand il hésite. »

La clinique conserve tous ses droits, nous le pensons nous aussi, mais on ne peut et on ne doit pas nier que le laboratoire offre un sérieux appoint au diagnostic clinique. Le syndrome entéro-génital s'accompagne souvent d'élimination colibacillaire par les urines, et de dysurie. D'autre part, les souvenirs des malades s'estompent et souvent leur interrogatoire ne révèle aucun indice sur lequel on puisse asseoir une thérapeutique. Et ces circonstances se rencontrent très facilement, dans nos contrées, chez les indigènes.

Nous avons vu quels étaient les germes rencontrés. L'aspect général d'une lame permet de suspecter aussi la variété du germe.

1° Polynucléaires intacts, nets, à noyaux délicatement colorés.

2° Desquamation peu abondante à noyaux fuselés.

3° Microbes banaux peu abondants.

Ces caractères doivent faire rechercher avec plus d'attention le gonocoque.

1° Polynucléaires flous désaggrégés à noyaux picnotiques ;

2° Desquamation abondante ;

3° Présence de microbes banaux.

Doivent faire penser à une origine colibacillaire. En général, colibacille et entérocoque s'y trouvent en grande quantité et ne permettent pas le doute.

III. — Nous verrons lorsque nous étudierons les effets immédiats que les injections de vaccin approprié faites au niveau de la porte d'entrée, entraî-

nent des réactions générales, focales, importantes. Leur production ou leur absence présente une valeur diagnostique.

La première étape est terminée: le microbe pathogène est déterminé. Quelle est maintenant la porte d'entrée ?

POINCELOUX nous dit : « La notion de porte d'entrée est en grande partie corollaire de la connaissance de l'agent pathogène ».

L'enquête étiologique nous a révélé la présence de diplocoque de NEISSER. L'examen clinique nous montre une uréthrite, une bartholinite en même temps que des lésions inflammatoires d'autres organes plus haut situés. Nous avons devant les yeux le début de l'affection: C'est en ces endroits que l'on doit pratiquer l'injection vaccinale. Quelquefois, on n'a que des indices légers, une certaine turgescence des glandes de Skène, une rougeur entourant l'orifice des glandes de BARTHOLIN. Fréquemment, il n'existe aucune lésion des organes génitaux de l'étagé inférieur. Les injections seront faites cervicales. Il ne faut pas être par trop « restrictif », comme nous le dit MASIA, sur le lieu d'injection. Celui-ci pratique dans les gonococcies aussi bien des injections dans les glandes de Skène que des injections cervicales. AUDRY et VIEU obtiennent de très bons résultats en employant la même voie d'injection

Il en est de même, pensons-nous, pour les infections colibacillaires. « Il semble bien évident que les colibacilles franchissent les barrières extérieures de notre corps au niveau de la muqueuse des colons, normalement capable de leur résister et qui leur devient sensible dans les conditions patholo-

giques. » Et BASSET et POINCLoux en arrivent à injecter leur vaccin sous la muqueuse rectale. L'injection demande alors un temps assez long, une série d'opérations difficiles et quelque peu douloureuses. D'autre part, il nous a été totalement impossible d'obtenir des indigènes leur consentement. Tous ceux qui ont quelque peu vécu dans nos contrées nous comprendront.

Ansi, donc, chaque fois que nous nous trouvons en présence d'une infection colibacillaire, nous avons pratiqué nos injections dans le col.

Nous nous réservons de justifier plus loin notre conduite.

Technique

INSTRUMENTATION

Les auteurs emploient
des seringues de 2 cc graduées en 10^e de cc
des aiguilles fines et très pointues de 6 à 8 m/m
de long;

des prolonges de 6 à 7 c/m pour injection sous la
muqueuse rectale;

Un spéculum anal.

Nous ne nous sommes jamais servi de prolonges:
nous n'avons jamais fait d'injection rectale sous-
muqueuses. Nous employons la seringue INAVA qui
est bien de 2 cc, mais de petit diamètre, ce qui per-
met de doser facilement de petites quantités et d'ar-
river facilement au col.

Pour aiguilles, nous utilisons des aiguilles fines,
utilisées d'ordinaire pour les injections intradermi-
ques.

Les vaccins employés par les auteurs sont:

Des vaccins million antigonococciques chauffés
de l'Institut Pasteur:

Immunisol Gremy 41 polyvalent ;

Anticolibacillaire de Ranque et Sénès.

Nous nous servons de

Vaccin anticolibacillaire Ranque et Sénès ;

Antigonococcique Ranque et Sénès;

Polyvalent génito-urinaire Ranque et Sénès;

Antigonococcique Institut Pasteur;

Vaccin INAVA antigonococcique;

Polyvalent génito-urinaire.

Il est rare que nous utilisions un vaccin antistrep-
tococcique ou staphylococcique.

TECHNIQUE DES INJECTIONS

Les injections sont pratiquées:

1° Dans les glandes de Skène.

« Normalement, sur une vulve de vierge non infectée, l'orifice urethral apparaît en relief formant une saune mamelonnaire, nommée papille uréthrale. Cette saillie est limitée par un bord circulaire et les glandes de Skene ne sont point visibles. Chez une femme infectée, la papille uréthrale a perdu son aspect de mamelon à bord circulaire. Le bord inférieur est déformé par une saillie à droite et une saillie à gauche dont le relief est moins accusé. Au niveau de ces saillies... la muqueuse est de coloration plus rouge que la muqueuse normale. L'hypertrophie de cette région sous-méatique est plus ou moins accusée. »

C'est au niveau de cette région que doit être faite l'injection au centre de ces deux petites élevures. L'aiguille intradermique pénètre facilement sous une impulsion brusque et légère à l'endroit désiré. Puis on pousse le liquide: il faut être sûr que l'aiguille a pénétré dans la muqueuse et aussi que son orifice ne se trouve pas dans la lumière d'une glande. Le liquide doit être poussé lentement afin qu'il ne reflue pas le long de l'aiguille. Une fois le liquide injecté, laisser quelques secondes l'aiguille en place, puis la retirer d'un geste vif. Ce temps d'arrêt permet au liquide injecté de diffuser et aux tissus environnants distendus de se refermer plus rapidement, l'aiguille une fois enlevée.

2° Lorsqu'existe une bartholinite en évolution, on enfonce l'aiguille jusque dans la cavité purulente et

on vide cette cavité par aspiration du pus. On introduit ensuite une certaine dose de vaccin.

L'injection peut être faite au niveau de l'orifice excréteur de la glande qui apparaît surélevé. Une pression sur le corps glandulaire que l'on sent rouler sous le doigt en fait sourdre une goutte de pus. L'injection doit être poussée en prenant les mêmes précautions que précédemment.

3° Nous avons fait au niveau du col la plupart de nos injections, suivant en cela la technique préconisée par MAZIA, AUDRY et VIEUX et les auteurs italiens.

L'injection peut être faite sous la muqueuse de façon à la soulever légèrement et à former une boule d'oedème.

L'injection peut être faite profondément, dans le muscle. On réalise ainsi ce que LEVY-SOLAL et LOUVEL ont appelé une « pelvi-vaccination » : « Injection du vaccin en plein parenchyme utérin. » La justification théorique de ce procédé repose sur l'emprunt du réseau lymphatique et veineux d'origine utérine comme voie de diffusion vaccinale...

« Schématiquement, en effet, on peut diviser le drainage veineux génital de la femme en deux zones vasculaires, hémipelviennes, symétriques droite et gauche, séparées l'une et l'autre par une ligne de partage : la ligne médiane utérine avasculaire. Les deux réseaux veineux émanent de l'utérus par de nombreuses racines originelles, rapidement condensées en hiles juxta-utérins. De celles-ci prennent naissance les gros plexus pelviens qui s'anastomosent avec les veines du ligament large, des trompes, des ovaires, constituant une véritable autonomie circulatoire utéro-annexielle.

« Introduire une substance médicamenteuse dans le muscle utérin centre de ce rayonnement lympho-veineux, c'est l'épandre dans toute la sphère génito-pelvienne ».

L'injection cervicale ne nécessite nullement des embouts à adapter entre la seringue et l'aiguille. L'instrumentation que nous avons indiquée est amplement suffisante en raison de la longueur de la seringue.

Le lieu de l'injection est variable: le col présente souvent une large ulcération, ou un gros ectropion muqueux; on peut piquer en divers points de la surface ulcérée.

En général, nous introduisons la plus grosse partie de notre substance vaccinale du côté où se trouve le maximum des lésions. (Salpingite, paramétrite.)

4° Injection intra-utérine. Nous n'en avons jamais pratiqué et nous les décrivons pour mémoire. Les auteurs utilisent une sorte de bougie coudée comme un hystéromètre mais creuse. Elle est introduite dans la cavité utérine, munie en son intérieur d'un mandrin plein. Lorsque la bougie est dans l'utérus et que son extrémité bute contre le fond utérin, on retire le mandrin plein pour le remplacer par le mandrin creux, qui se termine par une extrémité effilée susceptible de servir d'aiguille. On fait pénétrer l'aiguille dans le tissu utérin. On pousse l'injection vaccinale.

Maladies Vaccinales

MALADIES VACCINALES

Les effets immédiats de la vaccination consistent en un ensemble de symptômes généraux et locaux que certains auteurs ont appelé maladies vaccinales, réactions vaccinales. Leur intensité, les doses nécessaires à leur production, conduisent à maintenir entre chaque injection un certain laps de temps. L'intensité des réactions focales nécessite une certaine prudence dans le maniement de la méthode.

EFFETS IMMÉDIATS

Sont d'ordre général:

Hyperthermie;

Phénomènes subjectifs;

Sanguins. Modifications leucocytaires.

Réaction focale.

Phénomènes subjectifs:

Il existe, entre le moment où apparaissent les premiers symptômes et l'injection, une période d'incubation qui est variable comme durée avec la nature du vaccin utilisé. Elle est d'une demi-heure à une heure et demi pour le vaccin antigonococcique, de deux heures à deux heures et demi pour le vaccin anticolibacillaire I.O.D. et polyvalent génito-urinaire. La longueur de cette incubation peut varier chez deux individus, alors que l'injection a été faite dans les mêmes conditions: ce fait se produit surtout pour le vaccin anticolibacillaire I. O. D. et Polyvalent I.O.D. Nous avons vu la réaction se faire attendre jusqu'à douze heures. Les premiers symptômes consistent, en général, en une sensation de céphalalgie, de migraines qui peuvent être intenses. Puis

des nausées apparaissent, souvent des vomissements.

La durée de cette deuxième période est aussi variable et la sensation de froid qui lui fait suite, peut être la première en date.

Elle est intense. La malade se recroqueville dans son lit, réclame des couvertures. Son visage a pâli, elle claque des dents. La mensuration de la température faite tous les demi-heures nous a permis de situer la réaction thermique par rapport aux phénomènes subjectifs: elle est, en général, contemporaine des nausées et des grands frissons. Son ascension peut être brusque et arriver rapidement à 39°5. Ces phénomènes d'hypothermie subjective durent de un quart d'heure à une demi-heure alors que la température s'élève.

Il leur fait suite une période de calme relatif. Demeurent seulement les sensations de céphalées, de lombalgie, de lassitude générale, qui vont s'atténuant progressivement. Au bout d'une dizaine d'heures pour le vaccin antigonococcique, la malade ne ressent plus qu'une lassitude, une courbature générale.

Hyperthermie.

La température s'élève au moment de la sensation d'hypothermie. Son ascension vers un point culminant dure un quart d'heure, une heure ou une heure et demie. En général, elle s'élève de 1 à 2 degrés. Elle peut atteindre dans des cas extrêmes 3 degrés. Notons qu'une réaction thermique importante est toujours accompagnée de phénomènes subjectifs marqués.

Réactions focales.

Au cours de la réaction vaccinale, les malades ressentent au niveau des régions touchées par les

microbes les sensations suivantes: elles accusent souvent dans le pelvis une sensation de chaleur viscérale profonde, quelquefois particulièrement forte. « La topographie de la réaction est nettement hypogastrique. »

Il arrive aussi qu'après une réaction vaccinale, une articulation devienne passagèrement douloureuse. L'inspection, la palpation en montrent la turgescence. Le vaccin viendrait révéler en quelque sorte la lésion discrète et latente de l'article malade.

Ces phénomènes de congestion des organes pelviens durent environ une dizaine d'heures, souvent plus longtemps.

Leur atténuation fait place à une sensation de bien-être, de détente. Cet effet sédatif, total ou relatif, est manifeste.

Les phénomènes de congestion locale peuvent être décelés par le toucher vaginal: les régions atteintes sont turgescentes, plus sensibles.

Nous voudrions dire quelques mots sur les deux observations N° 1 et N° 2. Dans la seconde, la vaccination n'avait été employée que préventivement en vue d'une intervention pelvienne bénigne, par simple mesure de précaution.

Dans la première, une infection salpingée légère, latente, a brusquement pris des proportions inquiétantes.

Il semble donc bien que la vaccination régionale puisse créer des réveils focaux, suivant l'expression de BAZY, importants et même graves. (Deuxième observation).

Nous en verrons les conséquences pratiques dans la direction générale du traitement vaccinothérapique.

Réactions sanguines.

Les injections vaccinales entraînent des modifications sanguines importantes. Nous avons cherché à en prendre comme témoins les modifications leucocytaires.

Aussi, avons-nous pratiqué chez dix de nos malades des numérations leucocytaires. Les prises de sang ont été faites de façon aussi rapprochée que possible afin de suivre de très près les variations. Les points de scarification ont été les doigts et la muqueuse du col.

Les mensurations leucocytaires nous ont permis d'établir la courbe ci-jointe portant en abscisse les heures où ont été faites les mensurations, et en ordonnée le nombre des globules blancs.

Nous voyons que la quantité des globules blancs subit une diminution rapide dans l'heure qui suit l'injection, diminution qui égale en moyenne le tiers du nombre total des globules blancs. La diminution est maxima au moment où se produisent les phénomènes subjectifs les plus intenses (frissons). Puis, la courbe s'élève vers un point maximum qu'elle atteint six heures après l'injection. Elle s'abaisse ensuite en même temps que diminue chez la malade l'intensité des phénomènes thermiques.

Le lendemain de la vaccinothérapie, la numération globulaire se montre en général au-dessus de la normale. Deux jours plus tard, la leucocythémie est revenue à son chiffre habituel.

Ces mensurations nous ont permis de faire les remarques suivantes qui corroborent les conclusions des précédents auteurs (FRON, COPELOVICI, POINCLOUX).

Les modifications sanguines suivent, en général, dans leur intensité l'intensité des phénomènes subjectifs et thermiques.

Des modifications sanguines importantes peuvent exister sans phénomènes subjectifs marqués.

Les vaccins à grosse concentration et à basse concentration microbienne entraînent des modifications leucocytaires semblables.

Les modifications humorales sont aussi bien entraînées par deux gouttes de vaccin que par un quart de centimètre cube, quand on se sert du vaccin spécifique.

L'hyperleucocytose qui suit la phase négative est un peu près constante et dure en général vingt à trente-six heures. Lorsqu'existent des réactions prolongées, cette hyperleucocytose est encore souvent sensible le lendemain de l'injection.

Les modifications sanguines locales (scarification du col) et générales (scarification au niveau de la pulpe des doigts) sont identiques.

VARIATIONS

Avec le vaccin.

Le vaccin antigonococcique donne des réactions qui s'installent rapidement et s'apaisent le plus souvent au bout de 10 heures environ. La réaction au vaccin anticolibacillaire et polyvalent est en général plus longue; elle peut s'allonger jusqu'à vingt-quatre à trente-six heures.

Pourtant, il ne faut pas voir là une règle absolue: il est des réactions au vaccin antigonococcique qui ont duré vingt-quatre heures et des réactions au vaccin polyvalent relativement courtes.

Avec les doses.

Les réactions intenses accompagnent, en général, les fortes doses de vaccin.

Les auteurs conseillent d'employer un quart de centimètre cube pour le vaccin antigonococcique et un demi centimètre cube pour les vaccins colibacillaires et polyvalents. Nous avons d'abord suivi les préceptes donnés, puis nous avons été conduits à employer des doses de moins en moins fortes et actuellement nous commençons nos vaccinations à deux gouttes de vaccin quel que soit le vaccin employé.

Les doses infimes comme celles que nous employons peuvent donner des réactions générales aussi intenses que celles que nous avons décrites. Elles permettent surtout d'employer la V. R. P. E. avec beaucoup plus de prudence, de douceur et de doigté.

Vaccin milliard; vaccin million.

Nous avons été conduits à employer de petites doses lorsque sont apparus dans le commerce des vaccins présentant au centimètre cube une grosse concentration microbienne. Puis nous avons employé aux mêmes doses les premiers vaccins Ranque et Sénès, Institut Pasteur. L'étude de nombreux cas nous a montré des réactions cliniques à peu près comparables et nous n'employons plus actuellement que des vaccins de petite concentration à de petites doses, deux gouttes, que nous augmentons de deux gouttes à chaque injection.

Au cours de la thérapeutique.

Les réactions que nous avons décrites sont celles qui se produisent au début de l'installation de la méthode. Les deuxièmes, troisièmes piqûres sont suivies de réactions souvent moins intenses, moins du-

rables, malgré l'accroissement des doses de vaccin. Progressivement, les réactions se font plus faibles et il arrive un moment où elles ne se produisent plus. Les auteurs conseillent d'arrêter alors la vaccination, les injections n'étant accompagnées ni de réactions, ni d'améliorations cliniques. Ils pensent que la méthode a donné tout le bien qu'elle pouvait donner.

Sans cause appreciable.

Nous avons décrit des maladies vaccinales, vives, intenses. Elles n'offrent pas toujours ces caractères et nous avons fréquemment rencontré des réactions frustes et légères. Les phénomènes subjectifs sont peu marqués, la céphalée existe la plupart du temps accompagnée d'un certain état nauséeux. La sensation de froid intense fait complètement défaut; quelques légers frissons peuvent se produire, puis la malade se sent courbaturée, lasse. Ces réactions légères offrent la même durée que les réactions vives. Offrent-elles la même valeur thérapeutique ? Sont-elles suivies de réactions focales, d'améliorations cliniques des lésions ? Tous les auteurs sont d'accord pour voir en elles des réactions en tous points comparables dans leurs conséquences aux maladies vaccinales très vives. Nous croyons en apporter une nouvelle preuve du fait que ces réactions sans phénomènes subjectifs marqués entraînent la production de modifications sanguines semblables à celles que nous avons indiquées pour les maladies vaccinales nettes.

CONDUITE DU TRAITEMENT

Nous avons étudié la méthode dans le détail de ces manifestations cliniques. Il nous semble maintenant possible d'en indiquer la conduite générale.

DOSES

Les auteurs conseillent de commencer une vaccination avec 1/4 de centimètre cube pour le vaccin antigonococcique, 1/2 centimètre cube pour le vaccin colibacillaire ou polyvalent. Pour les raisons déjà indiquées, il nous a semblé que l'on pouvait commencer à des doses de beaucoup inférieures: trois gouttes de vaccin. Les doses sont augmentées de deux gouttes à chaque injection.

ESPACEMENT DES INJECTIONS

Si les réactions sont vives, nous avons vu que les modifications intérieures sanguines, locales, sont terminées trois jours après l'injection dans le cas d'une réaction pour vaccin antigonococcique. Il est rare qu'une réaction au vaccin anticolibacillaire dure plus de trois jours.

« Les injections doivent être répétées, nous dit POINCELOUX, lorsque l'amélioration progressive constatée n'est plus sensible. » Indication assez vague, semble-t-il.

Les mensurations sanguines que nous avons pratiquées avaient pour but de préciser la longueur de cet espacement. Nous pouvons être assurés que, au bout de quelques heures, très rapidement, l'injection vaccinale nouvelle ne risque pas de tomber au cours de ce que WRIGHT, comme nous l'avons vu, avait

appelé phase négative. L'hyperleucytose qui lui fait suite, que l'on peut prendre, semble-t-il, comme un témoin de la réaction de défense provoquée dans l'organisme, n'existe plus trois jours après une injection antigonococcique, cinq jours après une injection anticolibacillaire. Nous pensons que ce sont là les espacements que l'on peut s'assigner en général.

Cette technique s'applique à la généralité des affections utéro-annexielles. Nous voudrions en indiquer certaines particularités pour diverses affections.

AFFECTIONS COLIBACILLAIRES PURES ET A ENTÉROCOQUES

« Dans le cas de syndrome entéro-génital primitif, nous faisons systématiquement préparer un auto-vaccin, un filtrat et un bouillon-vaccin.

La malade prend d'abord une purgation, puis durant trois ou quatre jours, on lui fait prendre un extrait biliaire. Quand la vaccination est pratiquée, nous injectons toujours le vaccin sous la muqueuse cervicale. Dans l'intervalle des injections, la malade reçoit chaque jour un pansement vaginal au filtrat vaccin... en même temps pour agir sur la porte d'entrée du germe pathogène, la malade avale matin et soir une ampoule de 10 cc de bouillon-vaccin, trois heures après avoir pris deux à quatre comprimés d'extrait biliaire. Dans le cas de syndrome entéro-génital secondaire, nous agissons alternativement par l'auto-vaccin et par le stock-vaccin, soit antiblénorrhagique si le gonocoque est supposé comme germe primitif de l'infection, soit polyvalent si on pense à une infection puerpérale du post-abortum. »

MÉTROSALPINGITE CHRONIQUE ANCIENNE

D'autre part, nous avons remarqué que sur les cols citraciels du post-partum ou du post-abortum enflammés, présentant une ulcération du col, ectropion ou œuf de Naboth, sur les lésions anatomiques semblables d'étiologies diverses (métrosalpingite ancienne à gonocoque, colibacille ou mixte), la vaccinothérapie n'a qu'une emprise toute relative. D'autre part, nous pensons que cette large surface cruentée constitue pour les germes présents une porte d'entrée constante dont un salpynx plus ou moins sensible est le témoin.

Nous pensons que cette ulcération doit être supprimée soit par l'application de caustiques chimiques (filhos- FRON A.) soit par l'emploi de moyens nouveaux plus récents par diathermo-coagulation. En tous cas, nous pensons que filhos ou diathermo-coagulation à laquelle nous donnons la préférence ne doivent pas être appliqués d'emblée mais préparés par une série d'injections vaccinales. Les avantages de la diathermo-coagulation sur le filhos sont nombreux; elle permet surtout de déterminer une escharre plus importante avec beaucoup moins de risques d'infection. La cicatrisation laisse un col parfaitement souple apte à une dilatation éventuelle pour le passage du mobile foetal.

La technique peut-elle s'appliquer à des cas graves où les phénomènes de purulence sont en état d'activité intense.

PARAMÉTRITES

Au contraire d'être une contre-indication, elles offrent un pourcentage de succès rapides et facilement obtenus. C'est alors que nous appliquons la technique de Lévy-Solal de vaccination intra-paren-

chymateuse aux doses déjà indiquées. La piqûre est faite sur le côté du col qui correspond au maximum des lésions.

PELVIPÉRITONITE

L'utérus est entouré d'une large coulée de plâtre, dure, très douloureuse au toucher et spontanément. La technique générale s'applique sans modifications. Les injections doivent être faites sur tout le pourtour du col.

PHLEGMONS DU LARGE

Pas de modifications.

PYOSALPINX

C'est ici que nous devons faire entrer en ligne de compte la notion de réactions focales importantes que nous avons signalées. La conduite du traitement est indiquée au chapitre des contre-indications.

Observations

REACTIONS FOCALES INTENSES

D... T..., 26 ans.

R A S dans les antécédents, sauf du paludisme il y a sept ans.

La malade s'est mariée à 17 ans. Elle a deux enfants: un de sept ans, l'autre de cinq ans. Les accouchements furent normaux.

Elle entre à l'hôpital le 24 juin 1930 pour douleurs abdominales et pertes blanches.

H M. Les dernières règles datent du 8 juin. Elles ont été précédées de leucorrhée assez abondante. Le 10, sensation de fortes coliques dans l'hypogastre alors qu'elle est encore réglée. Elle demeure deux jours alitée.

Puis les douleurs diminuent d'intensité. Mais il demeure un fond douloureux, une sensation de pesanteur très désagréable au niveau de l'hypogastre. Pas de perte. La douleur s'accompagne d'épreintes très marquées au moment de la défécation.

A l'entrée : col gros conique.

Toucher:

Utérus gros, dur, douloureux en position intermédiaire.

A droite, on perçoit des annexes, peu augmentées de volume, douloureuses.

Le cul de sac gauche est largement empaté, dur, extrêmement douloureux.

Examen des pertes: Pas de gonocoque.

La malade conserve le repos au lit. On met de la glace sur le ventre.

Le 27-6-30 : A neuf heures, on fait une injection de polivalent de 1/2 cc sur le col.

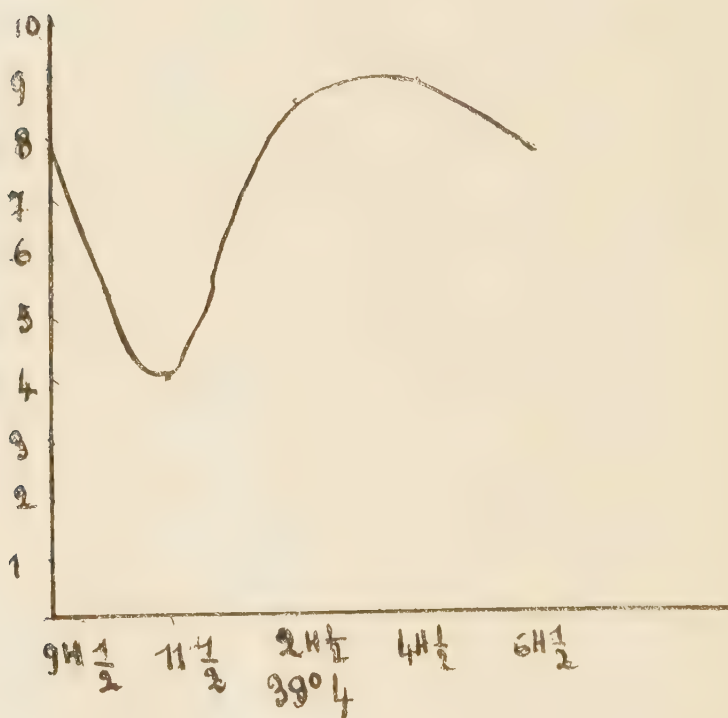
Vers 10 heures, la malade ressent des frissons, une forte sensation de froid. Elle claque des dents; ces phénomènes durent une demi-heure environ.

Puis leur fait place une sensation de température qui persiste jusque vers 2 heures. Elle s'accompagne de cê-

phalées et de fortes douleurs abdominales. Température: $40^{\circ}2$.

Ensuite, une période de bien-être de deux heures.

Vers 5 heures, la sensation de température recommence pour durer toute la nuit. Les coliques abdominales sont intenses, empêchent la malade de dormir. Violentes céphalées.



Le 28-6-30: La température est revenue à la normale. Pourtant, la malade souffre beaucoup et particulièrement du côté gauche.

Examen.

Utérus repoussé vers la droite.

Empatement marqué et douloureux du cul de sac gauche.

Présence d'une tumeur annexielle liquidienne tendue du volume du poing.

On décide d'arrêter la vaccination. Pour calmer les coliques abdominales, on ordonne un lavement au laudanum. Pendant les quatre jours suivants, les douleurs persistent diminuant progressivement d'intensité.

Le traitement institué alors est glace sur le ventre, injections tièdes matin et soir.

Le 4-7-30 : Utérus est en position intermédiaire.

Cul de sac droit est souple.

A gauche l'empâtement a disparu. Il existe une tumeur liquidienne d'un volume d'une petite mandarine.

Toute douleur spontanée a disparu.

Le 10-7-30 : La masse annexielle droite n'a plus qu'un volume d'une amande. Elle est encore douloureuse.

Le 17-7-30 : Utérus en position intermédiaire, gros, dur.

Dans les deux culs de sac, les annexes sont perceptibles, mais non douloureuses.

Aucune douleur spontanée, la malade demande à sortir de l'hôpital. On lui demande d'y rester encore une semaine.

Mme R.,

Malade vient consulter pour métrorragies peu importantes survenant entre les périodes menstruelles à un moment quelconque de la journée. Les pertes sanguines remontent à 6 mois environ.

Antécédents : Pelvi-Péritonite consécutive à un avortement qui s'est produit il y a cinq ans. Collection purulente du Douglas, pour laquelle on pratique une colpotomie. Tout rentre dans l'ordre au bout d'un mois et demi. Leucorrhée légère, par la suite.

20-6-27 : *Toucher* : Utérus en antéversion normale un peu gros.

Le toucher permet de déceler la présence d'un polype en battant de cloche gros comme deux pouces environ.

A droite et à gauche, les culs de sac sont durs, douloureux, cicatriciels. On ne perçoit pas d'annexe.

On décide une intervention : ablation du polype. Etant donné les antécédents de la malade, on procède à une vaccination régionale cervicale: 5 gouttes. Vaccin polyvalent INAVA.

L'injection est suivie d'une maladie vaccinale intense. Pourtant, le lendemain et le surlendemain, la température demeure élevée à 38°5. Une douleur vive, constante au niveau des deux points ovariens est apparue. La malade doit s'aliter.

23-6-27: *Toucher*: Rien de nouveau au niveau de l'utérus et du col.

De chaque côté, masse annexielle de volume important, plus marqué à droite où elle atteint le volume d'une grosse orange. La tumeur est tendue, douloureuse au toucher.

Devant ces symptômes, on conseille : Repos au lit. Glace sur le ventre. Injections bi-quotidiennes.

Dans les jours qui suivent, ces phénomènes s'amendent et particulièrement les phénomènes douloureux. Plus de température.

3-7-33: Dans la journée, la malade se lève, malgré l'interdiction qui lui en a été faite.

Le soir, douleur vive, intense, siégeant au niveau du flanc; ascension de la température à 38°5. Vomissements qui commencent deux heures environ après l'apparition de la douleur.

La malade n'est examinée que le 4 au matin.

On constate alors un tableau de péritonite généralisée typique avec faciès péritonéal. Température à 39°. Pouls: 75. Vomissements.

Arrêt des matières et des gaz. Ventre contracturé.

En présence de ces symptômes, on décide une intervention.

4-7-27: Intervention montre une péritonite généralisée. Rupture d'un salpynx droit. Salpynx gauche important. Ablation des deux trompes. MICKULICZ.

Guérison.

V. R. P. E. ET GROSSESSE

Malade X..., âgée de 22 ans.

Règles irrégulières. Retards de règles fréquents.

Arrive du dispensaire des prostituées parce qu'elle présente une tumeur au niveau de la grande lèvre droite.

L'affection aurait commencé il y a quatre jours. Depuis, la grosseur n'a pas cessé d'augmenter de volume.

A l'examen : Bartholinite droite, du volume d'un œuf de pigeon avec infiltration périglandulaire. On se décide à faire de la vaccination régionale plutôt que d'en faire immédiatement l'incision.

Injection de 10 gouttes de vaccin antogonococciques I. O. D.

Réaction subjective et thermique importante. Température: 39°.

15 heures environ après la piqûre: début d'un avortement d'une grossesse cachée. Expulsion d'un fœtus de trois mois environ. Rétention placentaire partielle. Curetage.

V. R. P. E. ET MODIFICATIONS SANGUINES

M^{me} A...

Mariée à 32 ans.

Antécédents physiologiques: Réglée à 16 ans normalement.

Antécédents pathologiques : N'a pas souffert du ventre alors qu'elle était jeune fille. Elle a toujours été constipée.

Opération d'appendicectomie en 1914. La malade souffrait déjà du côté gauche. Elle a eu quelques pertes blanches au moment de son opération.

Entre le 2 août à Mustapha, alors qu'elle souffrait du ventre depuis deux à trois ans. Elle présente des pertes blanches depuis la même époque. Elle est toujours très

constipée (garde-robes tous les deux à trois jours). Elle se décide à se faire hospitaliser parce qu'elle ressent au côté gauche depuis deux jours une douleur vive, constante, qui l'empêche de vaquer à ses occupations.

Toucher:

Utérus gros en antéversion normale, légèrement repoussé sur la gauche.

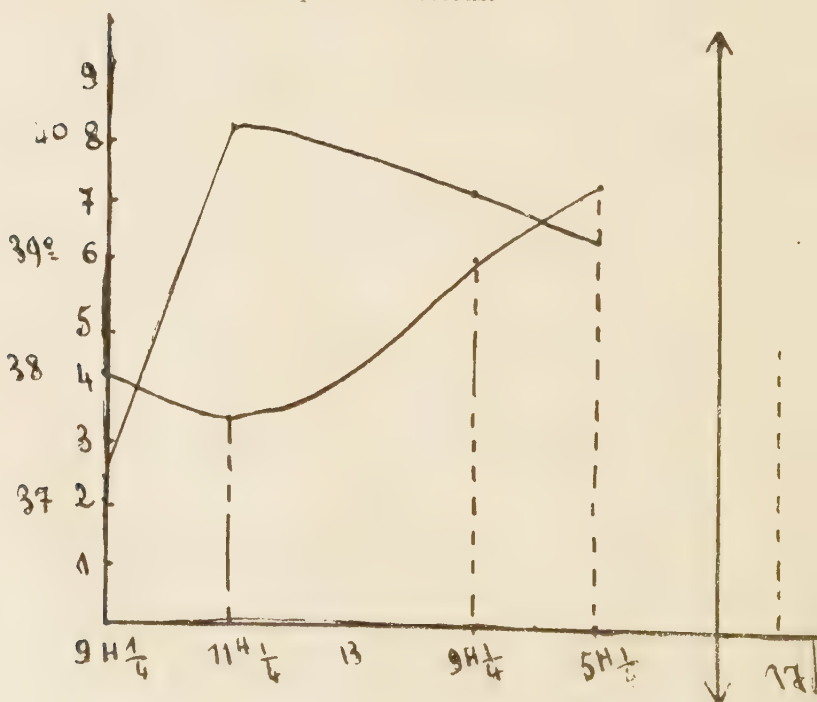
Paramétrite gauche importante, dure et très douloureuse occupant le cul de sac gauche et une partie du Douglas.

Prélèvement: Cellules de desquamation. Entérocoques et colibacilles en grande quantité; bacilles cutis communis.

Traitement : Station couchée. Glace sur le ventre. Injection.

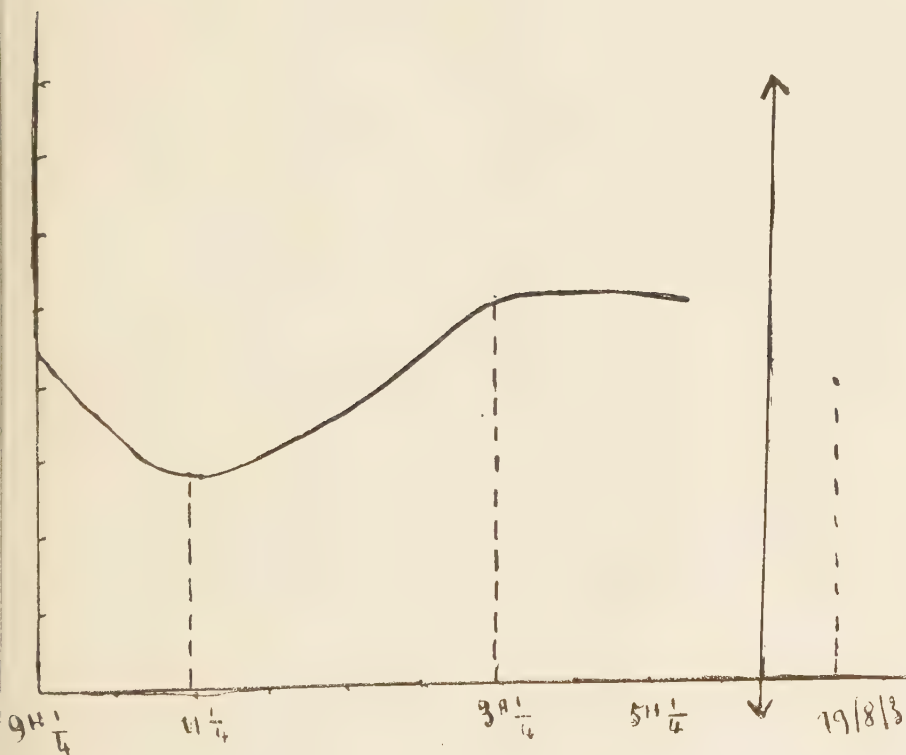
Le 16-8-30: On procède à une injection cervicale de 10 gouttes de polyvalent.

On obtient des modifications sanguines et générales (température) indiquées ci-dessous.



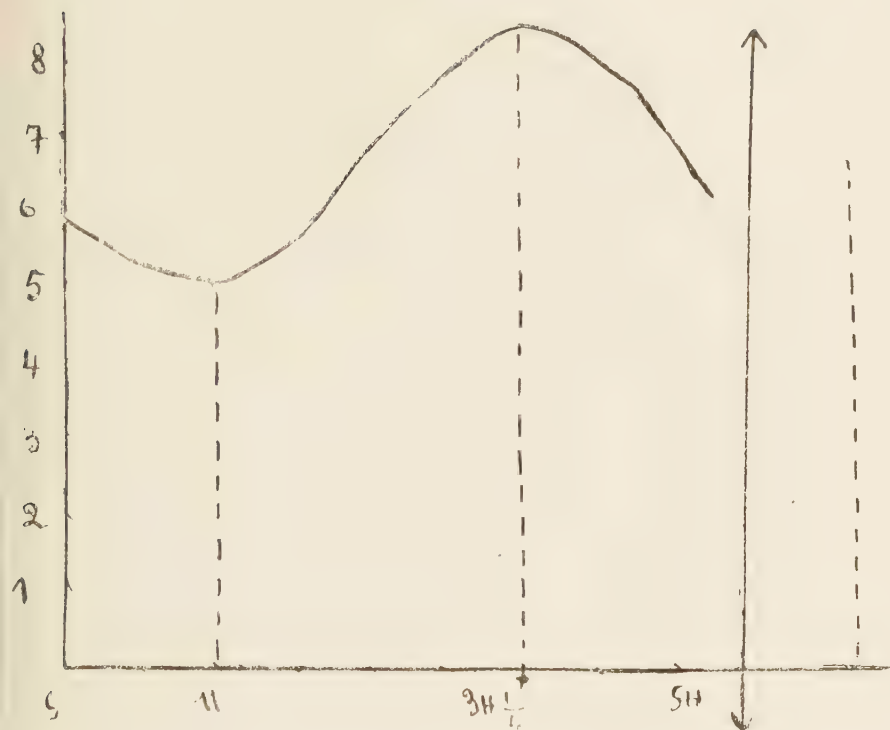
Les phénomènes douloureux ont complètement disparu.

18-8-30: 10 gouttes polyvalent cervical. Tableau II.





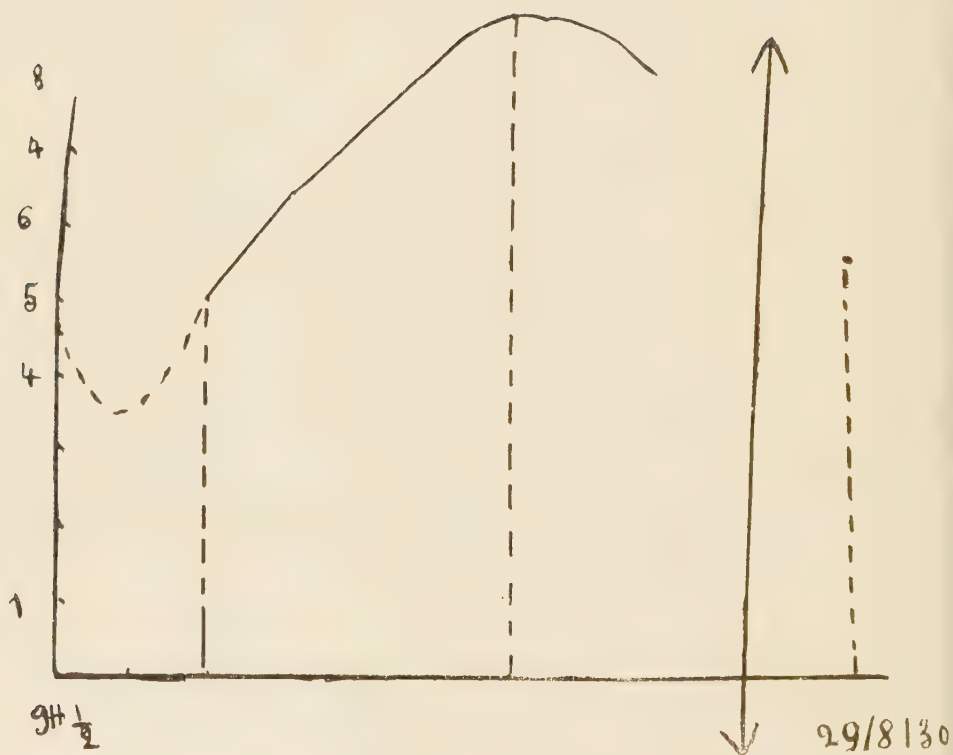
23-8-30: 12 gouttes polyvalent cervical. Tableau III.



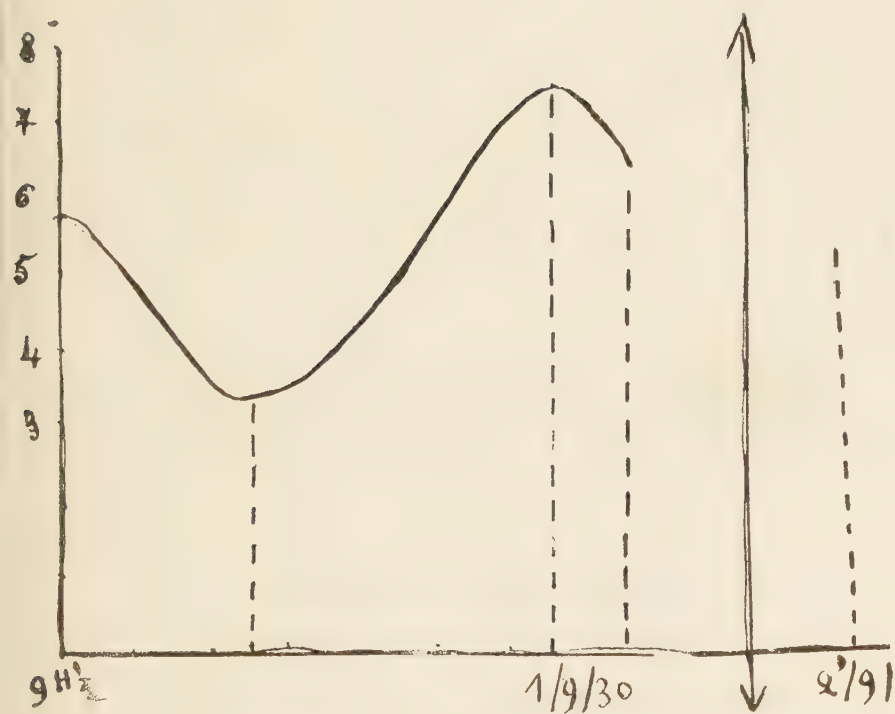
25-8-30: 14 gouttes polyvalent cervical. Tableau IV.

Toucher : Utérus en antéversion normale mobile.

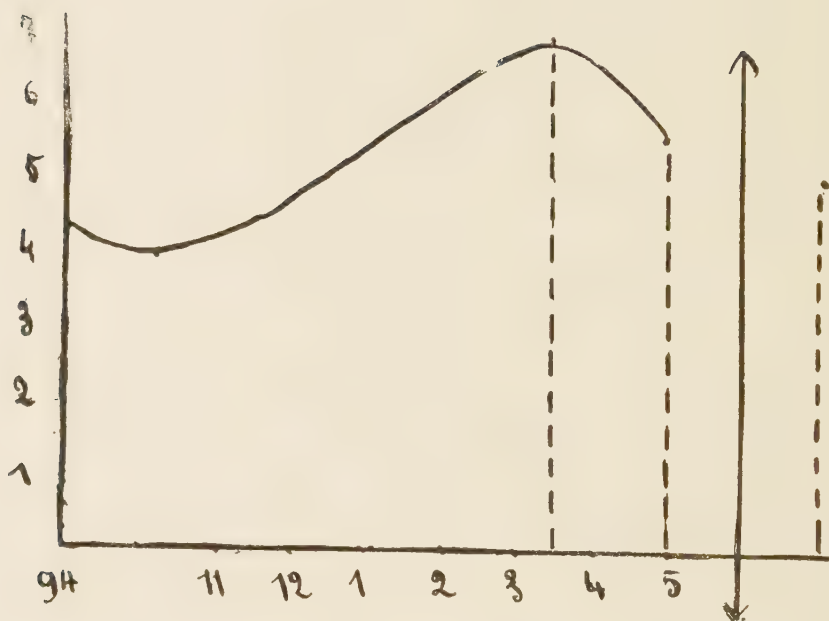
L'empâtement du Douglas a disparu. On perçoit au milieu d'un léger empâtement du cul de sac gauche, une anexe du volume d'une petite mandarine.



29-8-30: 16 gouttes polyvalent cervical. Tableau V.



1-9-30: 18 gouttes polyvalent cervical. Tableau VI.



3-9-30: 20 gouttes polyvalent cervical. Tableau VII.

Toucher: Utérus en antéversion facilement mobilisable.

L'empâtement du cul de sac gauche a complètement disparu; annexe gauche du volume d'une noix, très mobile non douloureuse.

On procède par la suite dans les deux semaines où la malade demeure à l'hôpital, à 4 autres injections vaccinales.

A la sortie : *toucher:* Annexe gauche du volume du doigt perceptible dans toute sa longueur.

Les pertes ont disparu. La malade ne souffre plus.

M^{me} D..., 30 ans.

Mariage à 20 ans. N'a jamais eu de grossesse.

Antécédents physiologiques : Un ou deux jours avant la période menstruelle, la malade souffre de son ventre . quelques coliques légères. Au premier jour de l'écoulement, les douleurs abdominales se transforment. Leur intensité s'accroît, elles siègent dans les lombes avec généralisation à tout l'abdomen.

Histoire de la maladie:

La malade a présenté, il y a de nombreuses années, des pertes, de couleur jaunâtre, continuelles, tachant le linge. Comme elle ne souffrait pas, elle n'a pas pensé à se soigner. Les pertes ont cessé d'elles-mêmes.

Il y a deux ans, s'est produite une crise aiguë salpingienne localisée au côté gauche. Les règles normales jusque là ont augmenté en quantité. La malade est entrée à l'hôpital où elle a été traitée par glace, injection, repos.

En sortant de Nélaton, persistaient des pertes glaineuses très abondantes.

Depuis, la malade a toujours souffert de son ventre. Une leucorrhée assez abondante a persisté.

Au 1-8-30, s'est produite une nouvelle crise aiguë. Mais, cette fois, les douleurs se sont produites des deux côtés irradiant vers les lombes. Pertes blanches très abondantes.

La malade est restée couchée pendant vingt jours chez elle; puis s'est décidée à entrer à l'hôpital.

A son entrée, la malade souffre spontanément de son hypogastre et de ses flancs. La palpation de la paroi abdominale est douloureuse.

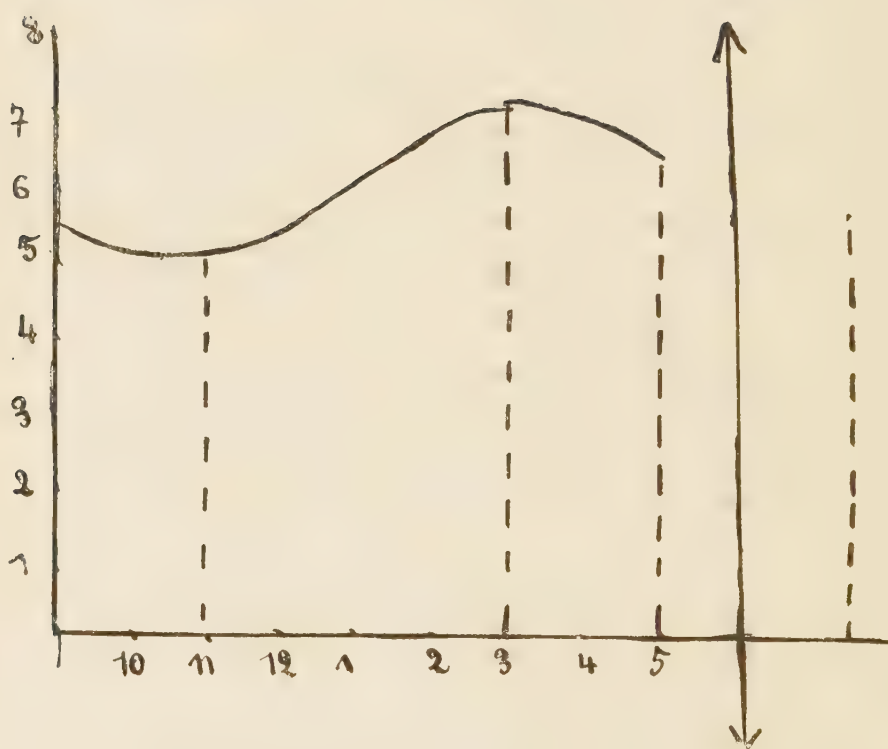
Toucher: Utérus en position normale et fixé.

Masses latéro-utérines du volume d'un poing à gauche, du volume d'une orange à droite, de contours difficiles à délimiter, très douloureuses, tendues. Tout autour: empâtement.

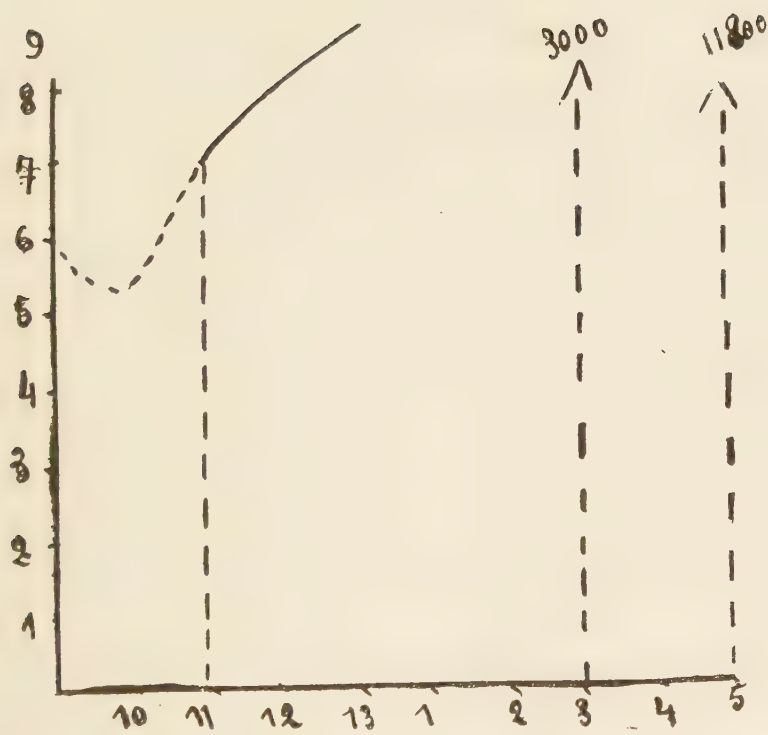
Prélèvements: Colibacilles nombreux, entérocoques diptocoques gram +.

Traitement : Repos. Injections. Glace sur le ventre.

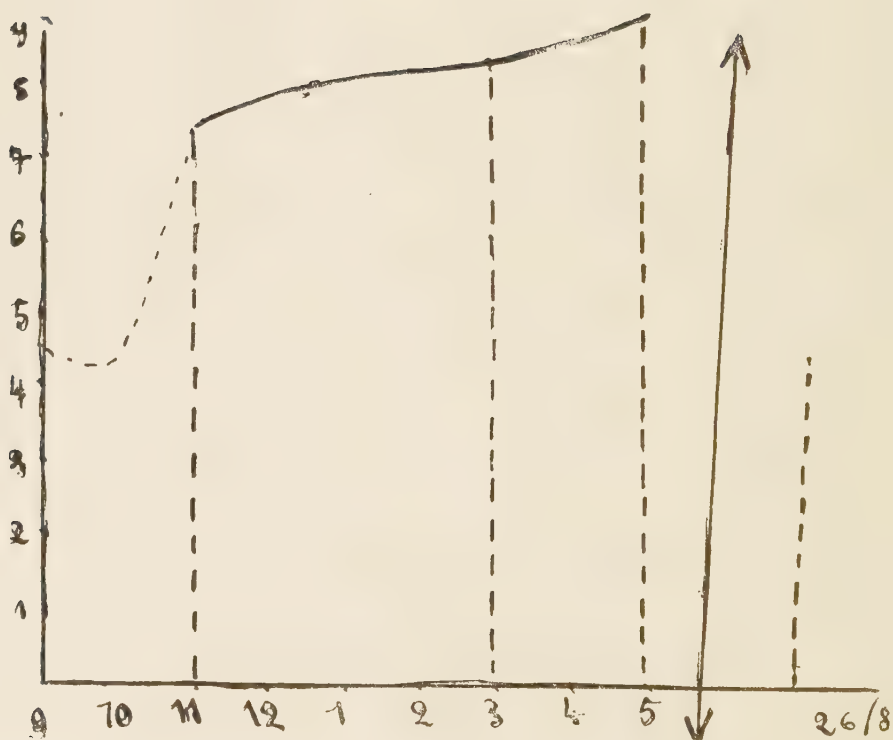
On décide de procéder à une vaccinothérapie prudente.



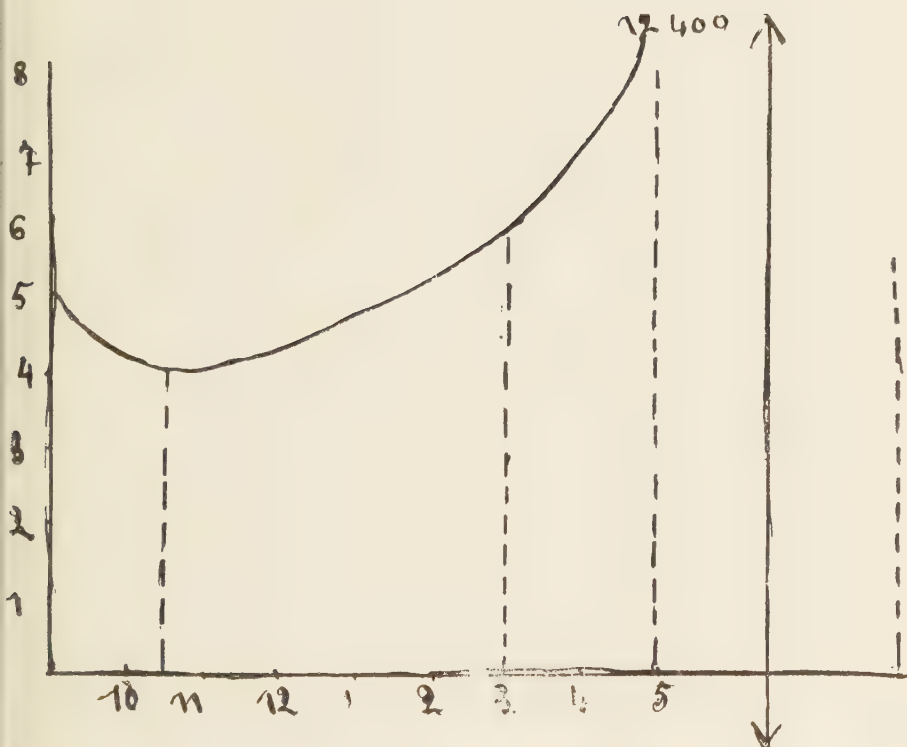
21-8-30: 2 gouttes polyvalent local. Pas de réaction.
Tableau I.



23-8-30: 4 gouttes; réaction intense. Température : 39°
Tableau II.



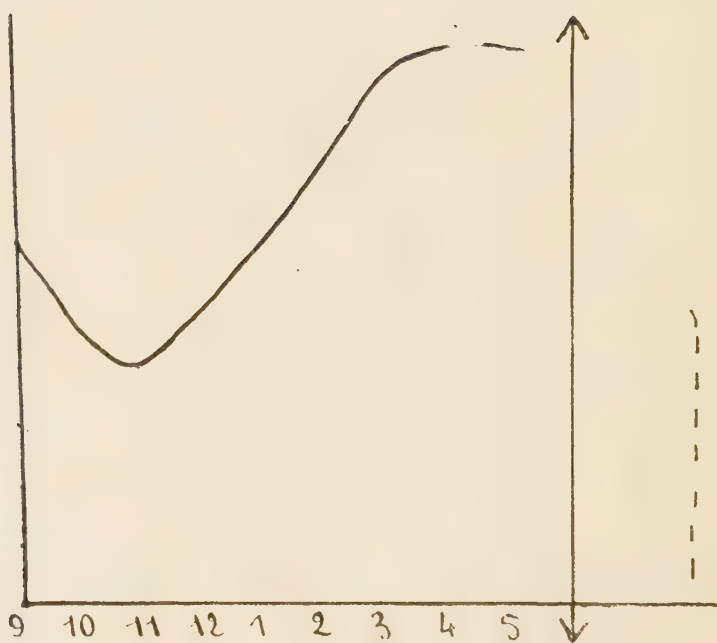
25-8-30: 5 gouttes. Réaction légère. 37°8. Tableau III.



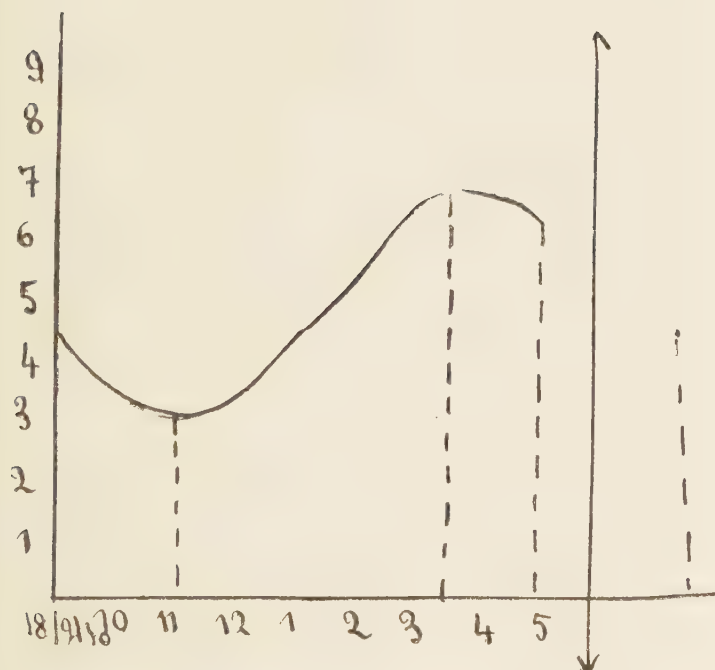
3-9-30: 10 gouttes polyvalent. Réaction subjective et thermique légère. Tableau IV.

Toucher: Utérus légèrement mobilisable.

Les annexes droite et gauche ont des contours plus faciles à délimiter, moins douloureuses au toucher, mais de volume important.



8-9-30 : 12 gouttes polyvalent. 39°. Tableau V.
Période menstruelle du 10 au 15-9-30.



18-9-30: 15 gouttes polyvalent cervical. Pas de réaction subjective ni thermique.

Toucher : 29-9-30: La malade ne souffre plus, sort de l'hôpital.

Utérus en antéposition.

Annexe droite du volume d'une noix mobile.

Annexe gauche du volume des deux doigts environ.

A... J...

Mariée à 18 ans.

Réglée à 15 ans. Avance de trois jours tous les mois. Pas de dysménorrhée.

Cinq enfants : deux enfants morts ; trois enfants vivants.

Accouchements normaux. Pas de fausse couche.

Histoire de la maladie:

Dernier accouchement: 30 mai 1930. Accouchement s'est fait normalement. Suites de couches ont été normales.

Deux mois après l'accouchement, la malade perd abondamment. Les pertes sont glaireuses, jaunâtres, tachant le linge en l'empesant.

Puis, se produisent des douleurs partant du bas-ventre et irradiant dans les jambes.

Les pertes diminuent, ainsi que les douleurs lorsque brusquement se produit une crise aiguë: le matin, la malade se réveille avec une sensation de grande fatigue, de la température. Le soir, de violentes douleurs se produisent. La douleur est continue avec, par moments, des paroxysmes. Elles siègent dans l'hypogastre. La sensibilité de la paroi abdominale est augmentée au point de ne pas souffrir le moindre attouchement. Cette crise dure un jour environ.

La malade

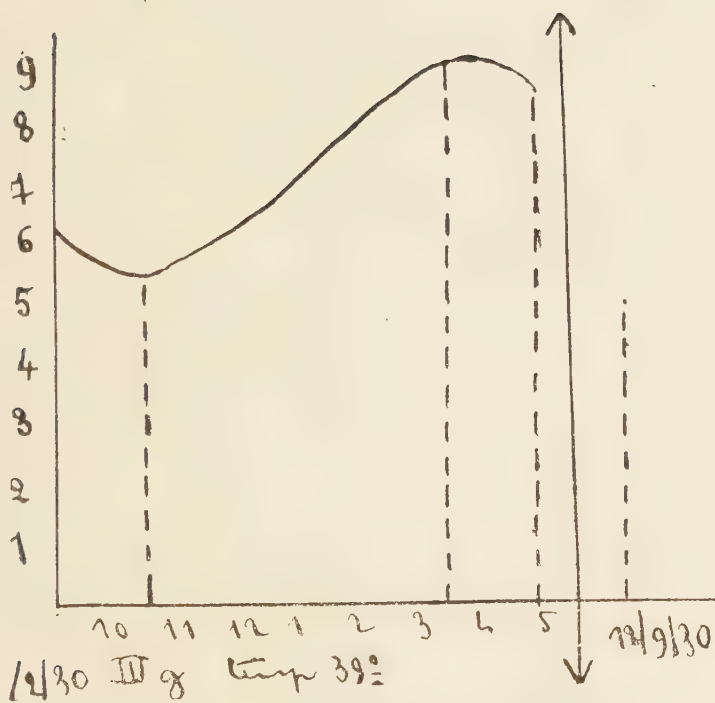
Toucher 3-9-30:

Utérus gros en sub involution. Les culs de sac sont douloureux; on n'y perçoit pas d'annexe. Empâtement léger des deux culs de sac.

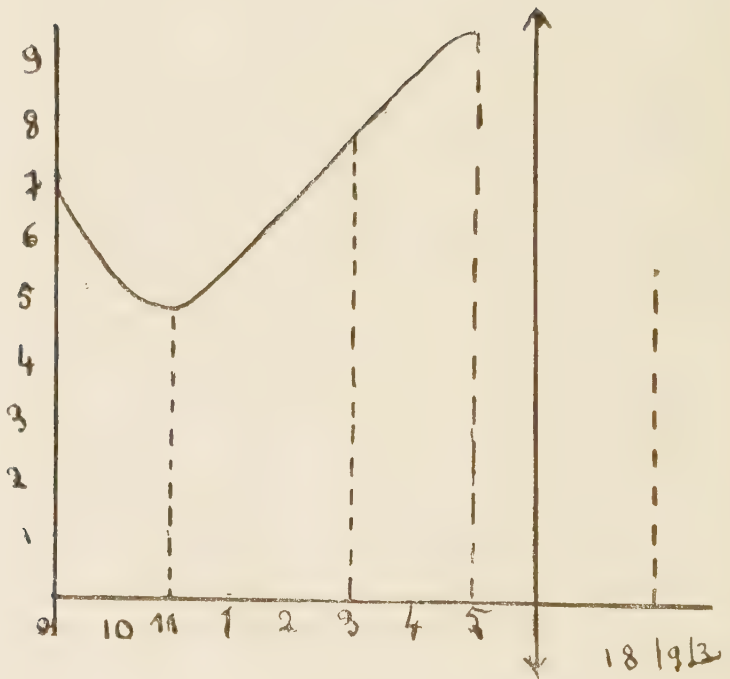
Diagnostic : Endométrite post-partum, avec paramétrite.

La température est à 37°, trois jours après la crise déjà indiquée.

Traitement: Repos. Injections. Glace sur le ventre.



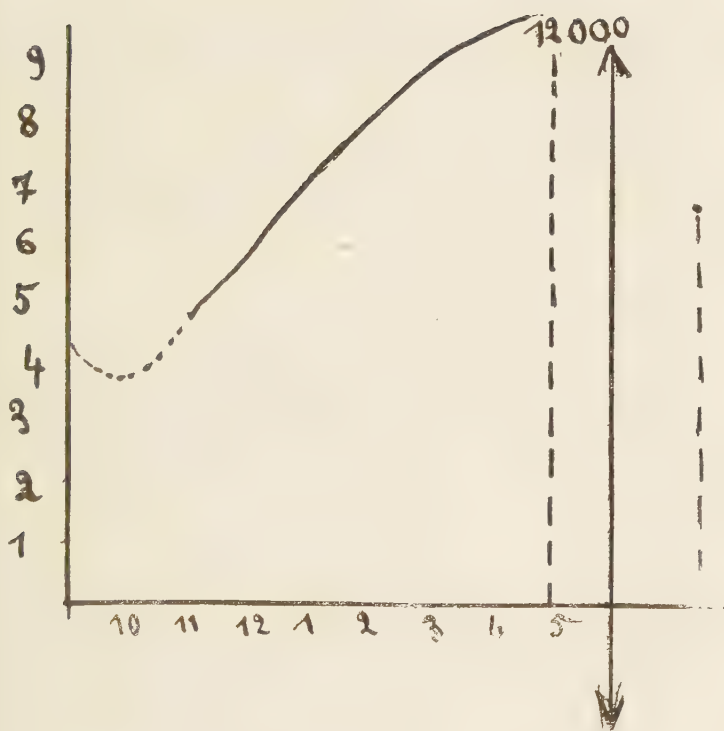
11-9-30: 3 gouttes polyvalent cervical. Tableau I.
Température 39°.



17-9-30: 6 gouttes polyvalent cervical. Température : 38°5. Tableau II.

Toucher : Utérus de volume normal.

Speculum: Pertes ont beaucoup diminué.



19-9-30: 9 gouttes polyvalent. Température: 39°. Tableau III.

METROSALPINGITE CHRONIQUE

B... M..., 27 ans.

Mariée à 17 ans et demi; Réglée à 14 ans; règles irrégulières avançant de huit à dix jours. Un enfant de huit ans, accouchement long, suites de couches normales.

Une fausse couche de deux mois.

Appendicectomie remontant à dix mois.

Vient consulter pour douleurs abdominales siégeant surtout à droite, irradiant dans les lombes et vers l'épaule gauche.

Constipation.

Le 6-9-30 : Col déchiré à gauche granuleux. Utérus gros en antéposition normale.

A droite, annexes du volume d'une noix, douloureuses.

A gauche, annexes de volume moins important qu'on perçoit au milieu d'un large empâtement très douloureux.

Speculum:

Erosion.

Prélèvement :

Quelques diplocoques, gram négatif.

Injections au permanganate bi-quotidiennes.

Le 10-10-30: Injection de vaccin anti gono cervicale, 3 gouttes. Pas de réaction.

Le 12-10-30: 4 gouttes anti-gono; grosse réaction fébrile.

Le 15-10-30 : 5 gouttes anti-gono; grosse réaction fébrile.

Toucher:

Empatement du cul de sac latéral gauche; à droite, trompe et ovaire perceptibles formant une masse du volume d'une amande.

Speculum:

Le 25-10-30: 6 gouttes anti-gono.

Col gros, ectropion de la lèvre antérieure; pertes jaunâtres très abondantes.

Le 25-10-30: 6 gouttes anti-gono.

Le 28-10-30: 10 gouttes anti-gono.

Le 3-11-30: 12 gouttes anti-gono. Pas de réaction.

Le 5-11-30: 15 gouttes anti-gono. Légère réaction.

Le 8-11-30: 17 gouttes anti-gono. Légère réaction.

Le 10-11-30: 20 gouttes anti-gono. Légère réaction.

Toucher: 4-1-31:

Utérus en anté, version normale, à droite annexes perceptibles; à gauche, *idem*.

Speculum:

Erosion.

Prélèvement :

Entérocoques.

La malade est laissée au repos pendant quelque temps

Le 21-1-31, on procède à une cautérisation au *Filhos* de l'érosion cervicale.

On est obligé de procéder à une deuxième cautérisation le 4-2-31.

La cicatrisation se fait de façon complète. La malade ne souffre plus et n'a plus de pertes.

B., 21 ans.

Ant. phys., réglée à 13 ans, la menstruation est très irrégulière tous les trois à quatre mois; elle devient normale après les premiers rapports.

La malade s'est mariée à quinze ans.

Une grossesse normale; accouchement normal. Enfant vivant de trois ans.

La malade nous raconte l'histoire suivante.

Elle a toujours souffert du ventre depuis ses premiers rapports, de même a toujours existé une leucorrhée peu abondante.

L'épisode actuel consiste en ceci:

Les règles arrivent le 5 avril; elles durent trois jours, puis le 20 et 21 avril, un écoulement sanguin peu abondant s'est produit. Il cesse pour reprendre le 1^{er} mai et il existe encore le 24, date de l'entrée de la malade à l'hôpital.

Depuis le 20 avril, elle ressent des douleurs hypogastriques presque subintrantes, mais d'intensité variable.

Toucher:

Col unique cicatrice à gauche; corps en anté flexion un peu douloureux très mobile.

Annexes du volume du doigt douloureuses.

On met la malade au repos, glace sur le ventre, injections bi-quotidiennes.

Le 28-5-30 : On fait une injection de polyvalent cervical 1/4 centi cube. Pas de réaction.

Le 30-5-30: Anti gono 3/4 cc. Réaction assez vive.

Le 2-6-30: Anti gono 1 cc. Réaction très vive; la T° monte à 39° pour tomber rapidement à la normale.

5-6-30: Anti gono 1 cc. Réaction moins vive.

8-6-30: Anti gono 1 cc. Pas de réaction.

La malade sort le 10-6-30.

Toucher:

Les annexes sont perceptibles, non douloureuses; les pertes ont complètement disparu.

PERIMETRITE

F., B... Mohamed, 23 ans.

La malade entre à l'hôpital pour douleurs abdominales et pertes blanches. Les douleurs remonteraient à sept ans. Mais elle avait déjà souffert du ventre après une fausse couche faite à 19 ans. Ensuite, chaque fausse couche a été l'occasion de crises aiguës abdominales avec température et pertes. La malade reste après chaque avortement alitée pendant un ou deux mois.

Le passé génital de la malade est le suivant:

Mariée à 10 ans, elle est restée trois ans avec le premier mari, puis elle est restée trois ans divorcée.

S'est remariée à 18 ans. Trois fausses couches spontanées de trois à quatre mois.

Actuellement, on est en présence d'une malade souffrant au point d'être obligée de rester couchée. Les pertes blanches sont très abondantes.

La malade présente une fébricule légère à 38°.

Toucher:

L'utérus est difficilement perceptible et fixé.

Tout autour on est en présence d'une large coulée empâtant tous les culs de sac. Cet empâtement est dur et douloureux.

La malade, dès son entrée, est mise au repos avec de la glace sur le ventre et une injection bi-quotidienne.

Pendant cinq jours, la température demeure oscillante entre 37°5 et 38°5.

Il lui est fait le 5:

Polyv. cervical 10 gouttes, selon la méthode de LEVY, SOLAL et JOUVEL.

La température monte le soir à 39°5 pour demeurer à 38° le lendemain de l'injection.

Le troisième jour, la T° est à 37°, les douleurs abdominales très vives jusque là ont complètement disparu, les pertes ont bien diminué.

On ne refait une injection que six jours plus tard. Réaction très vive. Température 39°5.

Les injections sont faites de dix gouttes, puis de douze gouttes trois fois par semaine.

Au bout de trois semaines de traitement, le toucher vaginal est le suivant:

Utérus légèrement douloureux en antéversion.

Culs de sac très souples.

De chaque côté, annexes perceptibles et douloureuses.

PERIMETRITE

F., N° 873, 9 août : 35, rue d'Orléans.

Malade suivie en gynécologie pour métro salpingite. Hospitalisée ensuite durant vingt-et-un jours et traitée par vaccination régionale.

Les règles sont irrégulières, avançant de quatre à six jours, douloureuses deux jours avant et le premier jour de l'écoulement.

En Novembre 1929, on avait au toucher:

Un utérus déjeté à droite, gros et douloureux, placard de cellulite pelvienne gagnant le paramètre gauche.

Empâtement du cul de sac.

On conseille le repos, et l'amélioration ne se faisant pas sentir, elle rentre à l'hôpital où elle subit une série de vaccinations régionales.

Elle entre à nouveau le 9 août pour crise aiguë.

11 août 1930: Utérus refoulé à droite douloureux.

Paramétrite double au milieu de laquelle on perçoit les annexes.

La malade reste à l'hôpital du 9 août au 1^{er} septembre. Il lui est fait durant son séjour quatre piqûres de vaccin polyvalent régional. Chacune de ces piqûres a été suivie d'une réaction violente.

La première piqûre a déterminé une élévation thermique à 39°5 et la température n'est revenue à la normale que deux jours plus tard.

Les autres élévations thermiques consécutives aux injections vaccinales n'ont duré qu'une journée.

Dose : 3 gouttes, 6 gouttes, 8 gouttes et 10 gouttes.

La malade sort le 1^{er} septembre.

S... N° 986. 6 Septembre 1930, 22 ans.

Antécédents physiologiques: réglée à 11 ans, menstruation irrégulière, avec avance et non douloureuse.

Mariage à vingt ans, jamais de grossesse.

Malade, vient consulter pour douleurs abdominales depuis une semaine et particulièrement ces troisième et quatrième jours derniers.

Elle a toujours eu des pertes blanches et ces pertes sont plus abondantes depuis une semaine.

Utérus en antéposition normale très mobile ; à droite,

Durant la journée du 5, la malade a vomi, a eu de la température.

Toucher:

Col conique.

annexe du volume de deux doigts; à gauche, annexe perceptible.

Examen microscopique: ne montre pas de gonocoque.
(Polyvalent II, IV gouttes cc.)

La vaccination régionale entraîne une sédation rapide de tous les symptômes; la malade sort guérie de l'hôpital au bout de quinze jours ayant subi trois injections vaccinales.

METROSALPINGITE DU POST-PARTUM. — RECIDIVE.

M..., 25 ans.

Mariée depuis un an, un enfant, accouchement spontané, il y a trois mois.

Quinze jours après hospitalisation pour infection du post-partum. La malade reste à l'hôpital seize jours.

Douleurs abdominales depuis trois ans; ces douleurs existaient lorsque la malade était jeune fille; elles se sont accentuées après l'accouchement.

Constipation opiniâtre depuis toujours.

Pertes blanches.

Vient consulter parce qu'elle souffre du ventre et des reins.

Toucher:

Utérus en anté-flexion de volume normal, mobile, non douloureux; à droite, trompe du volume du doigt, ovaire gros comme une petite noix; à gauche, trompe augmentée de volume, extrêmement douloureuse.

Speculum:

Metrite cervicale; pertes glaireuses.

Le 19-9-30: *Prélèvement:*

Pseudo-diphtériques, staphylocoques et bacilles cutis communis.

On commence les soins le 4-10-30, vaccination cervicale polyvalent iodé 4 gouttes. Grosse réaction fébrile.

La malade attend jusqu'au 9 avant qu'il lui soit fait une nouvelle injection vaccinale, entre temps injection vaginale au permanganate bi-quotidienne et une fois tous les deux jours, application vaginale d'un tampon à la glycérine ichtyolée.

10-4-30: 4 gouttes de polyvalent. Pas de réaction.

14-10-30: 6 gouttes de polyvalent, Grosse réaction fébrile.

16-10-30: tampon.

20-10-30: 8 gouttes de polyvalent; pas de réaction thermique, mais réaction focale très nette.

23-10-30: 10 gouttes de polyvalent; réaction légère.

Toucher:

Utérus en position normale; trompe perceptible à droite et douloureuse.

Speculum:

Erosion du col.

19-11-30: 12 gouttes de polyvalent. Pas de réaction.

27-11-30: 15 gouttes de polyvalent. Pas de réaction.

La malade avait été bien améliorée par le traitement; elle revient consulter parce que les pertes blanches ont réapparu et pour de légères douleurs abdominales. On trouve:

Au toucher :

Utérus en antéposition normale; à droite, trompe perceptible et douloureuse.

Il lui est faite une nouvelle série de polyvalent cervical qui entraîne au bout de quatre injections une disparition complète et des douleurs et des pertes.

STERILITE

D... M..., 23 ans.

Mariée à 18 ans.

Réglée à 17 ans. Règles irrégulières depuis son mariage. Puis les menstruations sont devenues plus régulières, les pertes blanches ont apparû.

Elle vient consulter pour stérilité.

6-9-30 :

Toucher:

Utérus en antéverson normale; à droite, trompe présentant quelques dilatations nodulaires; à gauche, trompe augmentée de volume et douloureuse.

Speculum:

Erosion circulaire.

Prélèvement:

Diplocoques gram + staphylocoques; bacille cutis communis.

10-9-30: 4 gouttes polyvalent; pas de réaction.

12-9-30: 5 gouttes polyvalent; pas de réaction.

15-9-30: 7 gouttes polyvalent; réaction fébrile.

20-9-30: 7 gouttes polyvalent; réaction légère.

30-9-30: 10 gouttes polyvalent; réaction légère.

4-10-30: 12 gouttes polyvalent; réaction fébrile.

Prélèvement: colibacilles.

Insufflation; trompes imperméables.

10-10-30: 15 gouttes polyvalent; légère réaction.

13-10-30: 17 gouttes polyvalent; légère réaction fébrile.

20-10-30: *Toucher:*

A droite, trompe présentant une légère dilatation nodulaire.

A gauche, rien à signaler.

Speculum:

Erosion importante.

25-10-30: Igniponcture de l'ulcération.

Dans le courant du mois de novembre et du mois de décembre, l'ulcération cicatrise.

Une insufflation est faite au mois de décembre 1930, sans succès.

La malade est revenue consulter en novembre 1931. Il n'y avait rien à signaler de nouveau au point de vue génital. Elle était encore stérile; on a pratiqué une nouvelle insufflation qui a montré une imperméabilité bi-latérale.

ARTHRITE GONOCOCCIQUE ET V.R.P.E.

(Service de MONSIEUR LE DOCTEUR FERRARI)

F...

Entré à l'hôpital pour douleurs au niveau du poignet droit.

Le début remonte à huit jours: petites douleurs ressenties au niveau de l'articulation du poignet droit et du cou de pied gauche. Douleurs progressivement croissantes.

Le troisième jour existe une impotence fonctionnelle complète du poignet droit; à ce niveau l'articulation est turgescence, douloureuse spontanément et au toucher; la température locale est augmentée par rapport à celle de l'autre poignet.

Au niveau du pied gauche, même phénomène, mais beaucoup plus atténué; cependant, la marche est rendue difficile.

Depuis huit jours et actuellement sensation de tiraillements au niveau de toutes les articulations des membres.

Antécédents :

Pertes blanches continues ayant augmenté considérablement depuis six mois.

Prélèvement des pertes cervicales: présence de gonocoques.

7-3-33: Vaccin régional dans les glandes de Skène, antigono à 11 heures du matin, dose 4/10 de cc.

Réaction fébrile, 38°2 à 13 heures.

9-3-33: 6/10 de cc. antigono; réaction à 38°5.

La malade sort de l'hôpital le 18-3-33, ne présentant aucun phénomène douloureux au niveau de ses articulations antérieurement malades.

R... M...

Entre à l'hôpital pour douleurs dans le bas-ventre et pertes.

Histoire de la maladie:

La malade a accouché le 24 octobre normalement. Pendant la grossesse, pertes vaginales blanches laiteuses. Accouchement et délivrance normaux. La malade continue à perdre du sang pendant cinquante jours après son accouchement. Depuis, les pertes sanguines se sont arrêtées pour faire place à des pertes jaunâtres et glaireuses tachant le linge. En même temps et depuis cette époque, sensation pénible dans le bas-ventre.

Antécédents : 3 enfants bien portants.

Toucher:

Col en arrière un peu mou, utérus ne paraissant pas augmenté de volume et très douloureux.

Pas de température.

Il lui est fait le 26-1-33 vaccin cervical iodé polyvalent type 4 4/10 de cc; pas de réaction thermique.

28-1-33: vaccin régional 4/10 de cc; réaction thermique importante à 39°5 le soir; le lendemain, la température se maintient entre 37°9 et 37°7.

30-1-33: Température 37°5 le matin et 37°5 le soir.

La malade sort de l'hôpital le 4-2-33; elle ne souffre plus, les pertes ont complètement disparu.

S... N° 895. 9, rue de la Marine.

Malade, entre à l'hôpital pour métrorragies.

Elle a été réglée à 13 ans, normalement et sans douleur; a eu sept enfants. Les accouchements furent normaux; puis deux avortements dont le dernier a nécessité, il y a dix ans, l'hospitalisation à Tarnier pour curetage. Dix jours après, colpotomie pour collection purulente. (Péritonite au dire de la malade.)

A eu une métror-salpingite postpartum il y a dix-huit ans.

L'année passée, a eu un retard de deux mois, les règles sont ensuite venues normalement.

Curetage.

Nouveau retard d'avril à août.

A ce moment, a perdu quelques taches rosées durant quatre jours et depuis hémorragies avec caillots.

Toucher : 19 août : Col gros oedémateux entr'ouvert avec nodosité à l'extrémité droite de la lèvre antérieure.

Utérus: une tête d'enfant environ.

Cul de sac gauche douloureux.

Diagnostic: rétention.

Injection de polyvalent local : 6 gouttes, le 21 août; à la suite de cette injection, la température monte à 39°2 et demeure élevée jusqu'au 28 août.

En ce moment, le toucher montre qu'à part un utérus globuleux il n'existe rien d'autre de pathologique au point de vue génital.

Les jours suivants, pose des laminaires N° 10 d'abord, puis N° 12, puis N° 13.

Un curetage est fait le 2 septembre. Pas d'élévation thermique. La malade sort huit jours après.

Au toucher, rien à signaler de particulier.

L'état de l'utérus et des annexes ne montre rien d'anormal.

SALPINGITE POST-PARTUM

S... M., N° 911. 41 ans. Rue des Colons, 11.
20-8-30.

Antécédents physiologiques:

Réglee à 17 ans; règles très régulières.

Mariage à 36 ans, un accouchement, enfant mort-né.

Trois avortements d'un mois spontanés, le dernier en mars 1930.

Malade hospitalisée pour métrorragie.

Depuis sa fausse couche, la malade a ressenti des douleurs dans le bas-ventre, irradiant vers la région lombaire. En même temps: leucorrhée blanchâtre, et constipation.

Depuis quelques jours se sont produites des pertes sanguines très abondantes qui ont obligé la malade à s'aliter,

Toucher:

Col mou utérus en position intermédiaire, ovaire perceptible à droite, une trompe douloureuse et augmentée de volume à gauche.

Trois injections régionales de vaccin polyvalent sont faites. Puis on procède à la dilatation utérine à l'aide de laminaires.

Le curetage est fait; les suites de ce curetage sont totalement apyrétiques.

La malade sort huit jours après son curetage.

CURETAGE

H. B., 21 ans.

Antécédents physiologiques : Réglée à 13 ans, menstruations irrégulières, quelquefois deux fois par mois, non douloureuses, durant 3 à 4 jours.

Mariage à 18 ans.

Jamais de fausse couche.

Un accouchement au forceps il y a deux mois.

La malade vient nous consulter pour métrorragies. Ces pertes de sang sont assez abondantes durant environ une semaine, s'arrêtent 3 ou 4 jours pour réapparaître à nouveau.

La malade a présenté quelques pertes blanches durant sa grossesse.

Au toucher : Col largement ouvert, utérus gros mou, du volume de deux mois; rien dans les culs de sac. La malade est apyrétique.

Prélèvement: bacilles cutis comunis, protéus et staphylocoques.

Avant de procéder à un curetage, on décide de vacciner la malade. Pendant la semaine qui précède l'intervention, il lui est fait deux vaccinations de polyvalent de 6 et 8 gouttes. Chacune de ces vaccinations est suivie d'une réaction thermique.

Curetage:

Les suites de l'intervention ont été particulièrement apyrétiques.

ENDOMETRITE POST-PARTUM

De la C., 25 ans.

Ant. phys. : Réglée à 14 ans, menstruations régulières.

Mariée il y a un an.

Elle a eu un enfant il y a deux mois.

La malade a accouché, il y a deux mois, normalement; les suites de couches ont été normales, mais depuis un mois sont apparues de violentes douleurs exagérées par la marche et la fatigue. Les pertes seraient peu abondantes.

9-10-30 : *Toucher* :

Utérus augmenté de volume, extrêmement douloureux. Les culs de sac sont libres, on perçoit à gauche un ovaire.

Speculum:

Pertes glairo-sanguinolentes.

Traitement :

Repos, injections, glace sur le ventre.

Vaccin polyvalent cervical, 5 gouttes. Réaction thermique importante, 40° ; phénomènes subjectifs intenses, frissons, tremblements, nausées, puis sensations de courbature générale.

Réaction focale.

Au lendemain, température, 37°5, réaction focale légère.

Phénomènes généraux : fatigue générale.

Pas d'injection vaccinale jusqu'au 20.

Au cours de cette semaine, les douleurs abdominales à type de tranchées utérines apparaissent de loin en loin. les pertes ont beaucoup diminué.

20-10-30 : Vaccin polyvalent, 6 gouttes, pas de réaction.

22-10-30 : Vaccin polyvalent, 10 gouttes, pas de réaction.

24-10-30: *Idem*, 12 gouttes.

Réaction thermique à 40°.

Le lendemain, la température tombe à 38°5.

Le 26, la température est à 37°, les douleurs abdominales ont complètement disparu, les pertes ont beaucoup diminué.

3-11-30 : Vaccin polyvalent, 12 gouttes, réaction thermique à 38°5.

7-11-30 : Vaccin polyvalent, 12 gouttes. Réaction légère.

Au toucher :

L'utérus est indolore, annexes perceptibles à gauche. Les pertes ont complètement disparu.

D... A..., 28 ans.

Ant. phys. : Réglée à 14 ans, menstruations régulières mais douloureuses.

Mariage à 22 ans.

Un accouchement en 1924, normal, un avortement spontané de trois mois, un accouchement il y a un mois.

Elle a accouché dans le service il y a un mois, accouchement spontané normal. Le septième jour, la température s'élève à 39° et s'y maintient pendant quatre jours. En même temps, douleurs abdominales surtout marquées à droite. La malade sort le 17^e jour apyrétique et n'ayant que de très légères douleurs. Elle se plaint surtout de grosses pertes jaunes verdâtres.

Au toucher :

Corps utérin un peu gros en sub-involution, ovaire sensible à droite.

Le 25-8-30: Vaccin polyvalent cervical: 3 gouttes, pas de réaction.

Le 27-8-30 :

Vaccin polyvalent, 5 gouttes.

Réaction thermique qui dure deux jours. Le 28 au soir la température est à 37°.

Les douleurs abdominales ont complètement disparu. Les pertes ont pris une couleur blanchâtre et sont moins abondantes.

La malade reste trois semaines à l'hôpital, il lui est fait 4 vaccinations régionales, respectivement de 8, 9, 12 et 12 gouttes. Chacune de ces vaccinations est suivie d'une réaction thermique importante.

Le 18-9-30 : Sortie de la malade. Rien à signaler dans les culs de sac.

Recherche de germes : Quelques cocci gram plus coli bacilles et streptobacilles.

R. A., 33 ans, épouse N., N° 871. Adresse : rue Sainte, N° 7.

Réglée à 13 ans, menstruation irrégulière avec retard de 10 à 15 jours.

La malade a accouché, il y a 18 jours; elle a présenté une hémorragie de la délivrance qui s'est arrêtée sans qu'on soit obligé d'intervenir.

Quinze jours après l'accouchement, des douleurs violentes se sont produites dans l'hypogastre; elles se sont maintenues avec une grande intensité tout une journée.

Par la suite, leur violence a diminué pour reprendre et redevenir maxima, ceci à plusieurs reprises.

Un docteur consulté conseille l'hospitalisation.

Son mariage remonte à 12 ans. Depuis, elle a eu 5 enfants, dont le dernier, et 3 fausses couches spontanées.

Antécédents pathologiques : métrite il y a 9 ans, salpingite il y a 2 ans, avant dernier accouchement.

Actuellement, en même temps qu'un fond douloureux, la malade accuse des pertes jaunâtres teintées de sang.

Toucher:

Col déchiré à gauche entr'ouvert; utérus en antéposition un peu gros, mobile, très douloureux.

Cul de sac droit souple indolore, cul de sac gauche légèrement douloureux, sans qu'on puisse y délimiter une tumeur.

Examen des germes; colibacilles, tétragènes, pneumobacilles.

Traitement : Repos au lit, glace sur le ventre, injections.

Des injections de vaccin polyvalent sont faites trois fois par semaine.

Chacune détermine de violentes réactions aussi bien thermiques que générales.

La dose du vaccin a été augmentée progressivement de 6 gouttes jusqu'à 20 gouttes.

Après les premières piqûres, la température se maintenait élevée pendant deux jours environ vers 38°5 pour retomber à la normale le troisième jour.

L'amélioration a été rapide. Très rapidement, les crises douloureuses se sont espacées, seule est demeurée une leucorrhée abondante.

2-9-30 : Toucher : utérus en rétroflexion, toujours douloureux ; rien aux annexes.

La malade est sortie le 29 septembre. Les douleurs ont complètement disparu. Pourtant demeure une leucorrhée notable.

L. A., N° 897.

Entrée à l'hôpital pour métrorragies, le début des accidents remonte à 20 jours environ.

Les métrorragies coïncident avec l'apparition des règles. La malade fut réglée normalement le 20 juillet, les règles furent normales, durèrent six jours environ. Le 26, la malade commence à perdre, des hémorragies apparaissent tous les deux jours, sont peu abondantes, consistent en du sang pur mêlé de quelques caillots. Cependant la nuit dernière, la malade eut des hémorragies assez importantes.

Ces hémorragies s'accompagnent de douleurs dans les reins, les fosses iliaques sont indolentes. Pas de pertes jaunes ou blanches. La fièvre est apparue, il y a sept à huit jours environ à 38-38°5.

Toucher : 18 août.

Utérus un peu gros et mou en rétroversion légère avec petit angle de flexion ; rien à droite ; à gauche, annexes perceptibles et douloureuses.

Les antécédents de la malade sont les suivants :

Mariée à 16 ans.

Trois grossesses dont une avant terme (8 mois), les suites de couches ont toujours été normales.

Antécédents pathologiques : Hernie étranglée opérée il y a huit ans en France. Péritonite d'origine annexielle.

Le traitement constitué consiste en :

Repos au lit, glace sur le ventre, injection matin et soir, et :

Vaccin polyvalent fait tous les deux jours en injections cervicales.

Les doses des vaccins sont de 3 gouttes, 5 gouttes, 7 gouttes jusqu'à concurrence de 12 gouttes.

Les réactions ont été violentes au début, accompagnées d'une forte hyperthermie à 39-39°5.

La température oscillante au début tombe très vite à la normale.

Au bout d'un mois de ce traitement, la malade sort de l'hôpital considérablement améliorée au point de vue fonctionnel, au point de vue local.

Toucher : 1^{er} septembre : Col toujours oedémateux.

Utérus en rétroversion, dans les culs de sac les annexes ne sont plus perçues.

METROSALPINGITE IMPORTANTE

D. M., N° 794.

Entree dans le service pour douleurs abdominales depuis deux ans.

Il y a trois mois, a consulté un docteur qui l'a traitée par des injections, ovules.

Le traitement a amené une sensible amélioration.

Les dernières règles ont duré deux jours et ont été très douloureuses.

Il y a cinq jours, à la fin de ses menstrues, elle a présenté des douleurs particulièrement violentes dans le bas ventre avec des vomissements l'obligeant à s'aliter.

Le 21 juillet, dans l'après-midi, nouveaux vomissements se produisant après le déjeuner, les phénomènes ne s'amendant pas, la malade vient nous consulter.

Antécédents pathologiques, rien à signaler.

Mariage à quinze ans et demi, jamais de grossesse.

Toucher : Col petit, conique.

Utérus en antéflexion mobile, un peu douloureux ; dans le cul de sac lateral droit, tumeur grosse comme un œuf de poule.

A gauche, on sent une tumeur moins bien délimitée, de volume plus important ; elle est mal perçue au milieu d'un vaste empatement dur et douloureux qui se prolonge dans le Douglas.

Examen des pertes bacilles diphtérimorphes.

Coccobacilles gram. plus Pfeiffer.

Température : 37°9.

Diagnostic métrô-salpyngite.

Traitement institué :

Repos au lit, glace sur le ventre, injection bi-quotidienne et :

Vaccin polyvalent cervical, 3 gouttes; ascension thermique à 39°1, la température tombe en lysis les jours suivants.

L'injection suivante de vaccin est faite trois jours plus tard, alors que la température est devenue normale. Vaccin polyvalent, 10 gouttes.

Par la suite, les injections de vaccin sont faites tous les deux jours à dose progressive (2 gouttes) jusqu'au 7 août.

Les réactions thermiques aux piqûres n'ont été fortes qu'à la suite des deux premières injections.

A la sortie de la malade, le 11 août, le toucher montre que les annexes ont considérablement diminué de volume, l'empatement a complètement disparu. Il n'existe plus aucun trouble fonctionnel.

Djor bent Ali, N° 796, date : 22 juillet 1930.

Malade, entre à l'hôpital pour douleurs abdominales depuis trois ans.

A cette date, elle a accouché normalement d'un enfant à terme.

Vingt jours après, des douleurs abdominales apparaissent. Depuis cinq jours, la malade souffre avec plus de violence qu'autrefois; pas de constipation, ni de température.

Toucher : Utérus mobile et perçu en avant et à droite.

Une grosse masse occupe le cul de sac gauche et le cul de sac postérieur.

Examen des pertes: Tétragènes, protéus, bacilles cutis communis.

L'examen du sang montre une polynucléose à 77 %.

Température : 38°9 à l'entrée.

Traitement : repos au lit, glace sur le ventre, injections.

Vaccin polyvalent, 5 gouttes en injection cervicale.

La température monte à 39°2 avec frissons, et forte réaction générale.

Le lendemain de la piqûre, descente de la température à 37°9. La température remonte le soir à 38°2 et le lendemain, elle est à 37. Les douleurs pelviennes ont considérablement diminué: température à 38° environ. à 38° environ.

Dans les deux semaines qui suivent, on procède à 4 injections de 10 gouttes, 12 gouttes, de 14 et de 16. Une seule de ces injections est suivie de réaction thermique.

Au bout de ces deux semaines, la malade ne souffre plus. Elle ne présente aucune perte et comme elle se croit guérie, elle demande à sortir de l'hôpital. Il persiste malgré tout dans le cul de sac gauche une tumeur importante liquidienne.

C., 25 ans, N° 861, 29 avril 1930.

Antécédents physiologiques, réglée à 13 ans, dysménorrhée.

Antécédents pathologiques : typhoïde à 10 ans.

Mariage à 18 ans. Deux grossesses, un enfant mort à la naissance. Deuxième enfant âgé de 4 ans et demi.

La malade entre à l'hôpital parce qu'elle souffre du ventre.

Huit mois après la première grossesse ont débuté les douleurs abdominales hypogastriques ; des pertes jaunâtres ont apparu au même moment; douleurs et pertes ont augmenté progressivement au point d'amener la malade à consulter. Traitement: tampons, injections, ignipuncture, repos.

La malade ne souffre plus. Plus de perte.

Puis la malade accouche de son deuxième enfant; l'accouchement se fait normalement, les suites de couches sont normales.

Quatre mois après, la malade se remet à souffrir, et à présenter des pertes jaunâtres, les douleurs sont insupportables.

Elles diminuent bientôt et la malade présente un fond douloureux durant trois mois environ.

Ensuite se produit une crise aiguë qui nécessite l'entrée à l'hôpital (glace, vaccin, tampon). Six semaines après, la malade sort, bien améliorée.

Elle est soignée à la consultation de gynécologie où on trouve métrosalpingite bilatérale. Ceci en 1929.

Après ce traitement, douleurs et pertes ont complètement disparu.

La malade revient le 17 avril 1930 parce qu'elle souffre à nouveau avec une intensité toute particulière. Les douleurs siègent dans les hypocondres et principalement à droite.

Toucher : Col déchiré à droite et à gauche.

Utérus en antéflexion un peu exagéré et refoulé vers la gauche.

A gauche, tumeur du volume de poing, liquidienne, très douloureuse.

A droite, petite tumeur du volume d'une noix.

L'examen des pertes ne montre pas de gonocoques.

Traitement : Repos au lit, injection et glace sur le ventre, et :

Vaccin Inava polyvalent en injection locale aux doses de 5, 7, 9, 12 gouttes.

Le nombre des injections a été de sept en 14 jours.

Au bout de ces 14 jours, l'état local est le suivant :

Utérus repoussé vers la gauche, à droite masse salpingienne du volume d'une mandarine, plongeant profondément dans le paramètre droit.

A gauche, trompe du volume du doigt perceptible au milieu d'un empâtement.

Etant donné que l'état local n'est pas amélioré, que les troubles fonctionnels sont toujours aussi intenses, on décide de procéder à une intervention.

Celle-ci n'est faite que le 31 mai. Hystérectomie subtotale.

VRPE — INTERVENTION

V. S., 25 ans.

Antécédents : Mère décédée.

Anl. phys. : Réglée à 11 ans, menstruations très régulières.

Mariage à 21 ans.

La malade a un enfant qui est âgé actuellement de trois ans.

Grossesse et accouchement normaux.

Depuis, la malade ne voulant pas avoir d'enfants, provoque 5 avortements.

Un avortement spontané.

Le dernier nécessite son hospitalisation pour curetage. Trois jours après, la malade présente de violentes douleurs dans l'hypocondre gauche. Salpingite gauche.

Séjour à l'hôpital pendant un mois. Les règles surviennent normalement et sans aucune douleur.

Depuis ce curetage, la malade souffrait du ventre et présentait des pertes blanches. Le 1-5-30, les douleurs réapparaissent, présentant une acuité plus grande, siègeant dans les deux fosses iliaques et principalement à gauche.

A l'examen, on trouve :

L'utérus en anté-position normale, refoulé vers la droite.

A gauche, grosse annexite formant une grosse masse remontant le long de la paroi lombaire ; fait corps avec l'utérus que l'on mobilise lorsqu'on mobilise la masse annexielle.

Position couchée, glace sur le ventre, injections chaudes.

Le 2-5-30, vaccin inava polyvalent sur le col, 12 gouttes.

La malade ressent les troubles subjectifs suivants :

La réaction commence par la sensation de nombreux frissons de 9 heures 30 jusque vers 11 heures 30. Les frissons cessent. Il leur fait place une sensation de température qui va s'accompagner de courbature générale et surtout de céphalée violente. A 2 heures 30, ces phénomènes s'amendent; la température reste élevée: 39°4 à 4 h. 30.

A 6 heures 30, la malade ne perçoit plus que la sensation de température. Le 3 et le 4, tout phénomène réactionnel a disparu. L'examen de la malade est sensiblement identique au précédent. Le 5-5-30, injection vaccinale, cervicale, vaccin Inava 7 gouttes.

On fait des prises de sang au doigt et sur le col.

Les modifications sanguines sont identiques.

La température a été normale toute l'après-midi. Le seul phénomène subjectif noté a été une grande céphalée.

A l'examen, l'empatement du cul de sac gauche a complètement disparu ; à gauche, la masse annexielle est mieux limitée, moins douloureuse.

Par la suite, on procède à deux injections vaccinales, 9 et 12 gouttes.

Survient la période menstruelle : la malade ne souffre pas particulièrement plus.

Le 16-5-30 :

Toucher : Corps utérin nettement refoulé à droite par une masse du volume d'une mandarine et douloureuse.

Rien à droite.

Injection vaccinale, 12 gouttes.

20-5-30 : On se décide à une intervention.

L'utérus est repoussé à droite et en position intermédiaire, par une masse annexielle grosse comme le poing, semblant occuper tout le paramètre gauche.

Elle adhère aux anses grèles et à l'S iliaque. On libère l'utérus et la masse salpingée de ces adhérences. Libération facile. La grosse masse est constituée en grande partie par l'ovaire.

Rien à droite.

On dissèque en arrière la masse tumorale à la compresse très profondément dans le petit bassin.

Hémisection de l'utérus et extirpation des annexes gauches.

Suites opératoires parfaites.

REACTION SPECIFIQUE

F., 27 ans.

Ant. phy. : Réglée à 15 ans, menstruations régulières, mais avec un peu d'avance.

Deux enfants.

Premier accouchement : normal, enfant mort à quinze jours.

Second accouchement : Normal, enfant vivant.

Pas de fausse couche.

La malade a commencé à souffrir du ventre en novembre 1928, un mois après son premier accouchement. Les douleurs étaient surtout intenses au côté droit ; pertes jaunes très abondantes.

Grâce à une médication (tampons, ovules, injection, repos au lit), son état s'améliore ; seules persistent des pertes.

Comme la malade souffre du ventre et présente des pertes, elle revient consulter en août 1929.

On trouve alors un col un peu gros, corps en antéflexion légère présentant sur sa face postérieure une nodosité grosse comme une petite noix ; ovaire perceptible et douloureux à droite, rien à gauche.

La malade est examinée au cours de l'année 1930. Les douleurs reviennent à nouveau, les pertes jaunes sont très abondantes, un prélèvement montre : staphylo streptotétragènes et pas de gono.

La malade entre à l'hôpital.

Toucher :

Corps petit en anté position normal ; empâtement du cul de sac gauche ; ovaire et trompe perceptibles à droite au milieu d'un gros empâtement.

Sur la foi du premier prélèvement, on procède à deux vaccinations cervicales.

28-2-30 : Vaccin polyvalent 1/4. *Pas de réaction.*

3-3-30 : Vaccin polyvalent 1/2. *Pas de réaction.*

5-5-30 : Nouveau prélèvement ; très nombreux gono intra cellulaires sans flore microbienne associée.

Un demi centi cube d'antigono. Une heure après frissons, tremblements ; forte élévation de T°. Ces malaises

accompagnés de nausées ont duré dans les deux heures et quatre heures après, la T° était à 38°5. La crise thermique se résoud en sueurs abondantes.

7-3-30: 3/4 centi cube anti gono; réaction plus importante.

12-3-30: 1 centi cube anti gono.

15-3-30: L'utérus est *très mobile*; à gauche, on sent une trompe; à droite, tumeur annexielle, liquide, grosse comme une noix.

17-3-30: Vaccin cervical anti gono 1 centi cube.

21-3-30: Vaccin cervical anti gono 1 centi cube.

24-3-30: Vaccin cervical anti gono 1 centi cube 1/4.

28-3-30: Vaccin cervical anti gono 1 centi cube 1/2.

31-3-30: *Au toucher*:

Utérus en anté flexion; même état des annexes.

Vaccin anti gono 1 centi cube 1/2.

9-4-30: Utérus petit en anté position normale; les deux culs de sac sont souples, annexes, perceptibles de chaque côté.

Après chacune des injections vaccinales, la malade a présenté des réactions thermiques et des phénomènes subjectifs semblables à ceux que nous avons décrits plus haut.

Dès la quatrième piqûre, leur intensité a diminué, pour rapidement tomber à zéro.

Les deux dernières piqûres n'ont été accompagnées d'aucun phénomène.

METROSALPINGITE CHRONIQUE. CRISE AIGUE

L..., 30 ans.

Ant. phys. : réglée à 13 ans.

Une fausse couche, il y a douze ans, consécutivement salpingite et métrite soignées par une sage-femme.

Un an après, salpingite, probablement à gonocoques.

Un enfant vivant de 14 ans.

Il y a six ans, salpingite double soignée en clinique.

La malade entre à l'hôpital pour règles douloureuses et pertes blanches.

Les périodes menstruelles sont particulièrement douloureuses au point d'obliger la malade à s'aliter. Les pertes blanches et pertes jaunes sont très abondantes et s'écoulent d'une façon continue.

Au toucher: Utérus en anté flexion normale, dévié vers la droite. A gauche, tumeur de la grosseur d'une orange tendue, douloureuse; empâtement du cul de sac. A droite: annexes non perceptibles; léger empâtement, peu douloureux. Col gros entr'ouvert présentant des nodosités.

Prélèvement des pertes :

Protéus; diplobacilles gram négatif; bacilles cutis communis.

Traitement:

Repos; glace sur le ventre et vaccination cervicale.

La malade est vaccinée pendant les derniers jours de janvier 1930 à l'aide de vaccin polyvalent.

Pas de réaction notable.

Le 10-2-30, vaccin anti-gono 1/4; pas de réaction thermique.

12-2-30: Vaccin anti-gono 1/2.

Légère réaction thermique; une simple céphalée suit la piqûre.

14-2-30: 1 centi cube; utérus en anté position normale; corps un peu gros et douloureux; cul de sac douloureux et empâté; à gauche, empâtement diffus; les contours sont moins nets.

17-2-30: Vaccin anti gonocoque 1 centi cube.

19-2-30: Vaccin anti gonocoque 1/4.

20-2-30: L'empâtement du cul de sac droit a disparu; à gauche, on commence à percevoir une trompe au milieu d'un empâtement.

A partir de cette date, les vaccinations sont faites tous les deux jours à la dose d'un centimètre cube.

Les vaccinations cervicales n'entraînant ni aucune réaction thermique ni amélioration locale, on décide de cesser toute médication. A ce moment, on trouve:

Dans le cul de sac latéral gauche, un empâtement léger mais peu douloureux. Dans le cul de sac latéral droit, on sent à bout de doigt un ovaire.

ANNEXITES IMPORTANTES

B..., 29 ans.

Antécédents physiques : réglée à 13 ans régulièrement; mariée à 16 ans.

Veuve depuis trois ans.

Avortement probable de un mois et demi, il y a cinq ans.

Salpingite, il y a cinq ans.

La malade vient consulter pour des brûlures à la miction et des pertes jaunes abondantes.

12-9-30: On trouve col petit, conique. Utérus en anté position normale; à droite, tumeur liquidienne grosse comme une mandarine; à gauche, empâtement très douloureux.

Au Speculum : R. A. S.

Examen des urines:

Leucocytes, cellules vésicales, flore microbienne: staphylo et colibacilles.

Prélevement:

Protéus, coli et quelques diplocoques gram négatif.

Il est fait à la malade du 12-9-30 au 8 janvier des lavages de vessie au permanganate.

La malade ne se décide à entrer à l'hôpital que le 13-10-30.

On trouve alors: col petit conique; utérus en anté position normale mobile; les deux culs de sac sont occupés par des masses de volume important mais difficile à déterminer, étant donné l'empâtement qui les environne et la défense de la paroi abdominale.

Traitement:

Repos au lit; glace sur le ventre; injections; lavages de vessie.

Vaccin anti gonocoque 3 gouttes glandes de Skeenc.

Réaction légère; la 1^e monte de 37°8 à 38°2 avec phénomènes subjectifs peu importants.

20-10-30 Vaccin régional anti gonocoque 5 gouttes. Réaction thermique: 38°2.

Période menstruelle:

28-10-30: 10 gouttes. Réaction légère.

31-10-30: 10 gouttes. Réaction légère.

Toucher:

Utérus en antéversion normale, trompes perceptibles de chaque côté du volume d'une noix, l'empâtement a complètement disparu.

ANNEXITES IMPORTANTES

Antécédents physiques: réglée à 14 ans.

Mariée à 25 ans.

Une première fausse couche de six mois, il y a quatre ans.

Une deuxième fausse couche de trois mois, il y a deux ans.

La malade vient consulter pour douleurs dans le bas ventre siégeant surtout du côté gauche. Ces douleurs remontent à dix jours; à cette même époque, sont apparues des pertes blanches.

Les dernières règles survenues du 18 au 23 septembre ont été très douloureuses.

Il y a six ans, la malade a été traitée pour salpingite gauche à l'aide d'injections vaginales et d'ovules.

23-10-30: *Toucher:* utérus en anté-version normale; à droite, on sent un empâtement douloureux du cul de sac. A gauche, présence d'une masse annexielle du volume d'une orange.

Prélèvement:

Bacilles cutis communis, tétragènes.

Traitement:

Repos au lit; glace sur le ventre; injections vaginales. de plus vaccin polyvalent cervical: 3 gouttes. Pas de réaction thermique. Pourtant, la T° se maintient du 23 au 29 entre 37°8 et 38°5.

29-10-30: 5 gouttes de vaccin polyvalent; la T° monte au cours de la soirée à 40°1; réaction subjective intense.

Le lendemain, la T° est à 38° et se maintient à 38° toute la journée.

1-11-30: Les douleurs abdominales que ressentait la malade à son entrée ont déjà disparu.

Intervalle de quatre jours pendant lequel la malade est laissée au repos étant donné l'intensité de la réaction précédemment décrite.

4-11-30: Vaccination polyvalent cervical. T° 39°8. Réaction locale assez marquée. Le lendemain, la T° est à 37°8.

10-10-30: 10 gouttes. T° 38°4.

Toucher :

L'empâtement du cul de sac droit a disparu. La masse annexielle gauche présente le même volume et est plus facilement mobilisable, indolore au toucher.

12-10-30: Vaccination 10 gouttes. Réaction subjective légère. Pas de T°.

Période menstruelle :

25-11-30: Vaccination 12 gouttes. Pas de réaction.

28-11-30: Vaccination 15 gouttes. T° 39°1.

La malade sort deux jours après.

Toucher :

Utérus en anté-version normale. L'empâtement du cul de sac droit a complètement disparu. Annexes perceptibles de chaque côté non douloureuses.

J... P..., 14 ans et demi.

Antécédents Physiques : réglée à 13 ans.

Antécédents Pathologiques : pertes blanches abondantes, mariage à 14 ans.

La malade souffre du bas-ventre (fosse iliaque droite) depuis un mois environ, 2 mois après, les premiers rapports.

Pertes blanches étant jeune fille. Les dernières règles ont avancé de 5 jours, ont été particulièrement douloureuses.

Toucher :

Utérus petit en rétro-flexion mobile non douloureux à droite et à gauche, tumeur annexielle du volume d'une noix.

Prélèvement :

Diplocoques gram moins extra et intra cellulaires.

Assez nombreux colibacilles.

Traitement :

3/12/30 : Repos au lit. Injections, glace sur le ventre.

Vaccin anti gonococcique cervical, 3 gouttes. Réaction légère.

6/12/30 : Vaccin anti gonococcique, 5 gouttes. Réaction légère.

8/12/30 : Vaccin anti gonococcique, 7 gouttes. Réaction légère.

11/12/30 : Vaccin anti gonococcique, 5 gouttes. Réaction légère.

14/12/30 : Vaccin anti gonococcique, 8 gouttes. Réaction légère.

Toucher :

Les 2 tumeurs latéro-utérines ont complètement disparu.

Rétro flexion utérine.

Z... B... C...

Antécédent Physique réglée à ?

Mariage à 15 ans. A eu deux enfants.

Malade hospitalisée pour douleurs abdominales depuis 20 jours avec pertes abondantes. Les règles surviennent deux fois par mois depuis quatre ans. Elles durent trois jours : sont peu abondantes.

Toucher :

Dans le cul de sac droit, tumeur arrondie grosse comme une orange, attenant à l'utérus, un peu douloureuse. A gauche, tumeur dure, irrégulière.

Speculum :

Pertes blancs-jaunâtres.

Prélèvement :

Très nombreuses cellules de desquamation, quelques leucocytes altérés.

Nombreux diplocoques gram + et staphylocoques. Quelques bacilles cutis communis et coli bacilles.

Traitement:

Repos au lit. Glace sur le ventre. Injections au permanganate.

On décide de procéder à des injections vaccinales cervicales. Ces injections sont espacées du 11 décembre au 25 décembre.

On injecte du vaccin polyvalent au taux de 3, 5, 7, 8, 10 gouttes.

Aucune de ces injections vaccinales n'a été suivie de réaction thermique importante, quelques nausées, des maux de tête ont suivi les piqûres.

Le 23-12-30, on trouve au toucher: à droite, tumeur a considérablement diminué de volume. A gauche, la trompe est du volume d'un œuf, douloureuse et irrégulière.

A la sortie de la malade:

Toucher:

A droite, tumeur de la grosseur d'une noix et dure non douloureuse; à gauche, l'annexe a gardé le volume qu'elle avait à l'entrée.

Les phénomènes subjectifs douloureux ayant disparu après la deuxième piqûre, la malade ne veut pas prolonger son séjour à l'hôpital.

PERIMETRITE

F..., 22 ans.

Antécédents physiques: Régée à 14 ans.

Mariage à 18 ans.

A eu un enfant, il y a deux ans: accouchement normal.

La malade souffre depuis un an du côté droit; les douleurs ont pris une acuité plus grande, il y a une semaine.

Pertes jaunes, plus abondantes depuis son mariage.

Toucher:

Col gros, utérus déjeté vers la droite. Rien dans le cul de sac droit, large empatement dur et douloureux du cul de sac gauche.

Traitement:

Repos au lit. injections. Glace sur le ventre.

18-11-30: Vaccin polyvalent cervical : 3 gouttes. Pas de réaction. La T° à 38° avant la piqûre descend le lendemain à 37°5.

21-11-30: T° 38°. Injection vaccinale cervicale 5 gouttes. Réaction thermique 38°9, accompagnée de phénomènes subjectifs. Le lendemain de la piqûre, la T° est à 37°5, la malade ne souffre plus.

24-11-30: Vaccin polyvalent: 7 gouttes. Réaction thermique importante 38°9. Le lendemain, la T° est à 38° et s'y maintient.

26-11-30 : T° 36°8.

Toucher:

Lempatement du cul de sac gauche a presque complètement disparu et le palper bi-manuel est pourtant douloureux.

1-12-30: Vaccin polyvalent: 10 gouttes. T° 39°1.

Le lendemain, la malade est sub-fébrile.

12-12-30 Vaccin polyvalent: 15 gouttes. T° 38°2.

Toucher:

Utérus très mobile en position normale. Rien à signaler dans les culs de sac.

M... N..., 24 ans.

Antécédents physiques: Réglée à

Mariage à 21 ans.

A eu 1 enfant. Accouchement normal, remontant à un an et demi.

Fausse couche de deux mois, il y a un an.

Malade présentant des métrorragies à la suite d'un retard de dix-huit jours qui remonte à deux mois. Les douleurs survenues au début des pertes sanguines ont à peu près disparu. Actuellement, persistent des pertes sanguines.

Elle a déjà fait une fausse couche spontanée de deux mois, il y a un an.

Toucher:

Utérus gros, ramolli; dans le cul de sac droit, on perçoit un empatement important, douloureux dans lequel on devine une annexe augmentée de volume.

La T° est à 38°5.

Traitement:

Repos au lit. Injections. Glace sur le ventre.

Dans la semaine qui suit son entrée, la T° tombe progressivement à 37°; les douleurs abdominales diminuent.

Le 5-11-30: Injections. Vaccin polyvalent cervical : 2 gouttes. Réaction thermique importante 39° qui dure deux jours.

Le 7-11-30, la T° est redescendue à 37°.

Utérus toujours gros, légèrement déporté vers la gauche; dans le cul de sac latéral droit, et en arrière, on sent une tumeur du volume d'un œuf accolée à l'utérus et douloureuse.

On laisse la malade au repos jusqu'au 13-12-30.

13-12-30: Vaccin polyvalent cervical 5 gouttes. Réaction thermique à 39°2. Le lendemain, la malade est sub-fébrile. Le 17, apparition des règles qui durent jusqu'au 23.

Toucher:

Col entr'ouvert. Corps utérin déporté vers la gauche; à droite, la tumeur a considérablement diminué de volume (noix).

Pas de douleurs abdominales. Pas de pertes vaginales. Sortie de la malade.

VAGINITE ET CYSTITE

A... L..., 17 ans.

Antécédents physiques : négligée à 13 ans. Mariée à 15 ans.

Accouchement prématuré de sept mois gémellaire.

Deuxième grossesse en cours.

Malade atteinte de cystite et vaginisme. Enceinte de quatre mois.

La malade présenterait des pertes jaunes très abondantes depuis un mois et demi.

Depuis la même époque, elle présente des douleurs ab-

dominales localisées, surtout au côté gauche et des mictions douloureuses.

Au toucher :

Col tout à fait en arrière.

Utérus du volume de trois mois et demi environ. Dans le cul de sac latéral gauche, on sent une tumeur du volume d'une noix, dure, douloureuse.

Au Speculum:

Col très ulcéré avec pertes jaunes abondantes.

Prélèvement :

Diplocoques gram négatif à l'état pur.

Traitement :

Il est fait à la malade des lavages de vessie quotidiens et des injections vaginales au permanganate. Elle est traitée ainsi du 16 au 30 septembre.

1-10-30 : Les urines sont claires et il persiste seulement une légère inflammation de la paroi uréthrale. La vaginite est encore intense, pertes jaunes très abondantes.

On décide de procéder à des injections vaccinales dans les glandes de Skeene.

Vaccin anti gonococcique : 3 gouttes.

Pas de réaction thermique.

Réaction subjective légère.

5-10-30: 5 gouttes. Réaction subjective légère.

8-10-30: 10 gouttes. Réaction subjective légère.

10-10-30: 10 gouttes. Réaction subjective légère.

La malade sort de l'hôpital guérie.

Prélèvement à la sortie:

Pneumobacilles entérocoque cocci gram+.

SPECIFICITE D'ACTION DU VACCIN

C..., 17 ans.

La malade a présenté des pertes jaunes verdâtres, étant jeune fille, puis elle a souffert du ventre. Ces phénomènes cessent rapidement.

Depuis les premiers rapports, pertes jaunes abondantes, douleurs au bas-ventre. Les rapports sont extrêmement douloureux.

Le toucher vaginal montre :

Vaginisme inférieur très marqué, empêchant toute autre exploration de l'appareil génital.

Prelèvement :

Pneumobacilles, staphylocoques et colibacilles.

Malgré l'absence de gonocoques dans les sécrétions vaginales, on fait trois injections de vaccin antigonococcique sur le col.

25-4-30 : 1/4 centi cube.

29-4-30 : 1/2 centi cube.

31-4-30 : 1 centi cube.

Aucune de ces injections n'est suivie de choc vaccinal.

L'examen des pertes est refait, pas de gonocoques.

4-5-30 : On fait une injection de 1/2 centi cube de polyvalent iodé.

Le choc vaccinal est intense, détermine une élévation de T° à 39°. La T° demeure à 38° le jour suivant.

Jusqu'au 24-5-30, date de sortie de la malade, quatre injections de 1 cc. de polyvalent sont pratiquées; elles sont suivies de fortes réactions, mais qui s'atténuent cette fois très vite, la T° est à 37° le lendemain.

Au cours du séjour de la malade à l'hôpital, on a de nombreuses occasions de constater que la malade est une hystérique.

A la sortie, les pertes vaginales ont complètement disparu. Les douleurs au toucher ne sont que légères.

Toucher :

Col de multipare. Utérus petit en position normale, très mobile.

Les deux culs de sac sont légèrement douloureux.

VACCINATION LOCALE — PANSEMENTS

Y... A..., 21 ans.

Malade, vient consulter pour hémorragie remontant aux premiers coïts qui remontent à un mois. Elle a présenté des pertes jaunes, étant jeune fille.

Le mari nous dit que tous les rapports ont été incomplets.

Toucher :

Le toucher vaginal montre qu'un diaphragme partage le vagin en deux parties. une supérieure, une autre inférieure, ne communiquant que par un léger pertuis.

28-3-30: Intervention:

On écarte les parois vaginales avec deux doigts introduits dans le vagin. On arrive ainsi à rompre le diaphragme.

Traitement :

Du 28-3-30 au 5-5-30, les pansements vaginaux sont effectués trois fois par semaine à l'aide de compresses imbibées de bouillon vaccin gonococcique. Ils n'ont été interrompus que pendant la période menstruelle du 12-4-30 au 17-4-30.

La cicatrisation du large espace cruenté s'est faite rapidement; jamais, les compresses retirées n'ont présenté d'odeur nauséabonde.

A la sortie, le vagin est perméable sur toute la hauteur.

S... F..., 21 ans.

Antécédents physiques : Réglée à 15 ans. Menstruations irrégulières avec retard. Dysménorrhée.

Antécédents pathologiques: Appendicite opérée dans le service au cinquième mois de la grossesse. Mariée à 18 ans.

Un enfant vivant ayant actuellement cinq mois.

La malade souffre du ventre depuis le 22 décembre environ. La malade a brusquement ressenti dans le flanc gauche une vive douleur, suffisamment intense pour l'empêcher de marcher.

Cet épisode douloureux avait été précédé de pertes jaunâtres très abondantes.

Douleurs et pertes ont été soignées à la consultation de gynécologie. Elles ont beaucoup diminuées.

Le 11-1, les douleurs reprennent des deux côtés; elles obligent la malade à s'aliter; la T° est à 39°.

Le 12, les douleurs ont la même intensité; elles prédominent à droite; la T° est à 40°; on trouve col petit pointant vers la symphyse. L'utérus est rétroversé et extrêmement douloureux. Le cul de sac droit bombe dans le vagin et est extrêmement douloureux. Empâtement marqué et douloureux.

Examen des pertes:

Nombreux leucocytes peu altérés. Quelques cellules desquamées. Flore abondante. Staphylo. Strepto bacille gram moins.

Protéus et nombreux microcoques gram +.

Malgré la T° élevée, il est fait à la malade 6 gouttes de polyvalent cervical.

Le lendemain, la T° descend à 38°.

Le 15, la T° est à 37°.

6 gouttes de polyvalent cervical.

Une demi-heure après la piqûre, état nauséux; tremblements; refroidissement des extrémités. Cet état a duré huit heures environ. Elévation de T° à 39°5.

Le lendemain, la T° se maintient à 38°5 pour descendre à 37° le 17.

17-1-30: 10 gouttes polyvalent cervical. Elévation thermique à 39°. Réaction générale semblable à la précédente.

20-1-30 12 gouttes polyvalent cervical. T° 38°5. Réaction générale.

22-1-30 : 14 gouttes polyvalent cervical. T° 40°. Réaction générale.

Toucher:

Rétro-version utérine. A droite, annexe augmentée de volume (une noix). L'empâtement du cul de sac droit a complètement disparu.

La malade ne souffre plus et sort de l'hôpital, malgré l'avis du médecin.

PERIMETRITE

C... A... Etat civil: B..., 26 ans.

Antécédents physiques:

Réglée à 14 ans.

Mariée le 1^{er} Avril 1930.

Huit jours après son mariage, la malade a commencé à perdre du sang, en avance de huit jours sur la date de ses règles. L'hémorragie a été assez abondante, entraînant une fatigue considérable; après une pause de huit jours, les pertes sanguines ont repris pendant trois jours; dès leur arrêt, la malade a souffert du ventre. Cette douleur a persisté jusqu'à ce jour (août 1930); des pertes jaunes abondantes existent dans l'intervalle des règles qui prennent le caractère de métrorragies.

A l'examen :

Col augmenté de volume, corps en anté position normale.

Empâtement très marqué et très douloureux des deux culs de sac.

Prélèvement :

Protéus bacilles cutis communis et diplocoques gram moins extra et intra cellulaires.

21-8-30: Vaccin anti gonococcique cervical 1/4.

Réaction thermique légère.

24-8-30: Vaccin anti gonococcique 1/2. Réaction thermique légère.

26-8-30 : Vaccin anti gonococcique. 1. Réaction thermique légère.

28-8-30 : Vaccin anti gonococcique 1. Réaction thermique légère.

30-8-30: Vaccin anti gonococcique 1. Réaction thermique légère.

Période menstruelle douloureuse.

5-9-30: Toucher: Utérus reporté vers la droite et douloureux à gauche. Empâtement du cul de sac; à droite, annexes prolabées dans le Douglas.

7-9-30: Vaccin anti gonococcique 1/2. Réaction importante à 39°5 qui dure deux jours précédée de frissons.

Le 9, la T° était encore à 38°5; elle descend le soir à 37°.

Le 12-9-30 : Vaccin anti gonococcique 1 centi cube. Réaction thermique: 38°2. Le lendemain, la T° est à 37°.

16-9-30. *Toucher*:

Utérus de position normale.

A droite, trompe perceptible du volume du doigt.

A gauche, annexes perceptibles.

GROSSESSE EXTRA UTERINE

M^{me} R...

Antécédents physiques : Réglée à 13 ans.

Antécédents pathologiques : R. A. S.

Mariée à 14 ans. Deux enfants.

Un mort, il y a trois ans, à 9 mois d'une entérite. Deuxième, mort il y a un mois et demi, à 16 mois, de méningite.

La malade est réglée très régulièrement; n'a jamais eu de pertes.

Au mois de novembre 1929, à la fin du mois, la malade est étonnée par l'abondance de ses règles. Les règles durent sept jours et au bout de sept jours, la malade souffre de son bas-ventre et est obligée de s'aliter.

Cinq jours après, la malade se remet à perdre; ces pertes sanguines durent six jours, sont assez abondantes. Les jours suivant, la malade ne perd plus. Quinze jours après, en décembre, la malade a ses règles. Pendant tout le mois de novembre qui a précédé ces métrorragies, la malade n'a pas ressenti les signes sympathiques des grossesses précédentes.

Examen :

Utérus petit, mou. Empâtement du cul de sac gauche

cul de sac de Douglas très douloureux. Speculum : ectropion muqueux de la lèvre antérieure.

La malade est gardée en observation jusqu'au 30/1/30. Pendant ce temps, elle conserve la position couchée avec glace sur le ventre.

Entre l'examen pratiqué le 30 janvier et l'examen pratiqué le 2 février, on constate une importante modification du côté des annexes gauches.

Le 30 janvier on trouve une annexe du volume d'une noix et l'empâtement constaté au début a complètement disparu. Le 2 janvier, l'annexe gauche, est volumineuse dure et douloureuse enveloppée d'un empatement qui s'est à nouveau reformé et descend dans le Douglas.

Numération globulaire :

G. R. 3.820.000

G. B. 6.300

La formule leucocytaire montre une poly nucléose à 66/100.

A partir de ce moment on se décide à traiter la malade comme une salpingite.

Il est fait à la malade 3 vaccinations cervicales de vaccin polyvalent, aux doses de 1/4, 1/2, 1 centi cube, ces vaccinations sont faites au taux de 2 par semaine ; toutes sont suivies de réaction. Elle est traitée ainsi jusqu'au 11-4-30 où on se décide à intervenir pour les raisons suivantes : La vaccination régionale ne semble pas entraîner chez cette malade l'amélioration habituellement constatée, en particulier le volume de la masse salpingée gauche est variable et ne semble pas être influencée par la vaccination.

Intervention : Grossesse Tubaire.

Les suites de l'intervention ont été particulièrement apyrétiques.

La V.R.P.E. est appliquée à la Maternité d'Alger depuis l'année 1928. Depuis cette date, toute malade venant consulter pour affections inflammatoires des organes génitaux a été soignée suivant les principes que nous avons énoncés.

Le service de gynécologie comprend le service hospitalier proprement dit, de 25 lits environ, et une consultation. Toutes malades graves sont admises à l'hôpital. Puis dès que l'on peut envisager la possibilité d'un traitement ambulatoire, elles en sortent et elles se font soigner à la consultation.

Nous voudrions donner une idée du mouvement de ce service. Y viennent consulter et subir les soins une trentaine de malades par jour en moyenne. Par année, le nombre de soins et consultations donnés est d'environ de 10.000. Sur ces 10.000 soins et consultations, 2.630 injections vaccinales suivant le principe de V.R.P.E. sont pratiquées.

Il semble donc bien que, si l'on se cantonne au côté pratique :

La vaccination régionale est bien acceptée par la généralité des malades malgré la violence des réactions qu'elle entraîne. Ces réactions générales sont attendues par la plupart des malades avec impatiences: elles attribuent à leur production le succès de la thérapeutique.

Ces réactions générales violentes mais non durables, ne sont-elles pas préférables pour des malades de condition sociale peu aisée (femmes d'ouvriers en général), qui ne peuvent consacrer beaucoup de temps à leurs soins, aux réactions locales engendrées dans le tissu cellulaire sous-cutané par la vaccinothérapie générale.

Résultats

METRITES AIGUES

Récentes gonococciques, pures.

Le nombre de métrites récentes à gonocoque pure est peu important Douze par année en moyenne. Les résultats sont bons pour la plupart. Le gonocoque disparaît difficilement des pertes cervicales; huit à dix injections sont, en général, nécessaires. Elles sont pratiquées dans les glandes de Skène, dans les glandes de Bartholin, sur le col.

Les pertes diminuent rapidement en quantité; elles perdent leur couleur jaune verdâtre; deviennent plus claires, laiteuses.

Résultats globaux : 12 par année; 8 bons, 2 médiocres, 2 mauvais.

Nous croyons en l'efficacité complète de la méthode, même au point de vue bactériologique. Nous avons l'impression que si le conjoint prend les soins nécessaires au traitement de sa blennorragie, si la malade se décide pour une durée d'un mois et demi en moyenne à n'avoir de rapport avec son mari qu'en prenant les précautions habituelles, on doit arriver à guérir facilement toute métrite aigüe, récente, gonococcique, tant au point de vue fonctionnel que microbiologique. (Prélèvements faits au niveau du col, des glandes de Skène ou des glandes de Bartholin négatifs après les règles).

SYNDROME ENTERO-GENITAL SECONDAIRE METRITES MIXTES

Ici, le traitement est plus délicat et n'entraîne que plus difficilement des succès complets. Pourtant, on obtient aussi assez rapidement (huit à dix injections en moyenne) la cessation des pertes ou leur diminution. Le traitement étiologique peut s'adresser simultanément au gonocoque et au colibacille. On peut tout aussi bien traiter successivement l'étiologie gonococcique et entérale.

L'état des lésions anatomiques du col: métrites cervicales avec œufs de Naboth. Ulcération ou ectropion n'est que très légèrement amélioré. Nous verrons plus loin quel est le traitement à instituer.

Très bons: 8 %. Bons: 40 %. Insuffisants: 52 %.

SYNDROME ENTERO-GENITAL PRIMITIF METRITES COLIBACILLAIRES OU A ENTEROCOQUE

Ici encore, la guérison microbiologique est à peu près impossible. Pourtant, c'est dans cette catégorie de cas que l'on obtient un pourcentage de succès complet très important. Il y a guérison complète lorsqu'ont disparu pertes et douleurs. Le résultat est considéré comme bon lorsqu'il ne persiste que quelques pertes légères, un peu plus abondantes après la poussée congestive menstruelle, insuffisant lorsqu'il nécessite l'emploi d'une médication complémentaire.

Très bons: 70 %. Bons: 13 %. Insuffisant: 17 %.

ENDOMETRITES

Nous insistons sur les succès rapides et complets obtenus.

Très bons: 90 %. Insuffisants: 10 %.

METROSALPINGITES AIGÜES

Catarrhale. La guérison complète est facilement obtenue lorsqu'il n'existe qu'une salpingite catarrhale accompagnée de périmétrite peu importante, quelle qu'en soit l'étiologie microbienne.

Périmétrite importante. On observe une fonte très rapide de ces coulées de plâtre, dures, très douloureuses au toucher. La vitesse de résorption, de l'infiltration inflammatoire est parfois surprenante. Les douleurs accompagnant ces lésions anatomiques cessent dès la première ou la deuxième injection vaccinale.

Périmétrite et salpingite importante (Tête fœtale - orange).

Lorsque la périmétrite accompagne des masses inflammatoires salpingées importantes, l'exception est que l'on obtienne un retour à la normale sans aucune séquelle. Au contraire, il est de règle que persiste un cordon salpingé, dur, plus ou moins mobilisable, légèrement sensible. Le résultat fonctionnel est en général parfait. Il est très rare que ces lésions inflammatoires importantes nécessitent une intervention chirurgicale complémentaire. Le nombre de malades opérées pour in-

inflammations pelviennes à la Maternité est de 8 en moyenne par année

Le traitement de ces lésions inflammatoires importantes donne pour statistique :

Très bons: 13 %. Bons: 64 %. Médiocres: 22 %. Mauvais, intervention: 1 %.

Nous n'avons pas tenu compte des étiologies microbiennes. Il nous semble pourtant que les lésions gonococciques pures obéissent de façon plus entière à la V.R.P.E. Viennent ensuite les lésions du post partum et du post abortum, puis les lésions d'ordre entéral.

De même nous avons constaté que les résultats étaient meilleurs lorsque ces lésions anatomiques correspondaient à des poussées inflammatoires sur des malades n'ayant présenté auparavant aucune lésion de métrosalpingite chronique.

METROSALPINGITE CHRONIQUE

Dans ces cas, nous observons la plupart du temps des lésions à flore polymorphe que nous avons rangées dans les syndromes entérogénitaux secondaires.

Nous avons combiné les traitements gonococciques et colibacillaires ou nous les avons appliqués successivement. Nous avons traité la constipation ou l'entérocologie dont ces malades sont atteints. Nous avons obtenu des améliorations des lésions intestinales mais rarement des guérisons.

Les résultats sont semblables à ceux que nous avons enregistrés et donnés dans les cas de syndromes entérogénitaux primitifs n'entraînant qu'une métrite, et pris à leur début.

« Chez toutes les malades, sans exception, nous avons obtenu une amélioration en ce sens que les douleurs ont disparu assez rapidement, les pertes se sont modifiées, sont devenues plus fluides et ont sinon disparu, en tous cas considérablement diminué. » L'érosion a toujours persisté, ainsi que les œufs de Naboth.

Très bons: 6 %. Bons: 50 %. Insuffisants: 44 %.

Il est une catégorie de malades présentant des lésions anatomiques insignifiantes, consécutives ou non à des lésions plus importantes, accompagnées de phénomènes douloureux hypo gastriques assez marqués. Ces malades, dont l'état psychique est durement touché du fait de leurs souffrances continues sont complètement transformées par le traitement diathermique. Quels que soient les bons résultats signalés par les auteurs, obtenus dans ces cas par la V.R.P.E., ces malades, « ces infirmes du bas ventre », sont beaucoup plus justiciables d'un traitement diathermo électrique que de la vaccinothérapie.

TRAITEMENT COMPLEMENTAIRE
A LA V.R.P.E. APPLIQUE AUX METRITES
CERVICALES

Les traitements par V.R.P.E. simple qui ont entraîné des résultats insuffisants par suite de métrites cervicales ont été repris à l'aide de :

Igniponcture.

Applications de néo-filhos.

Diathermo coagulation.

Nous avons pu faire les constatations suivantes: Ces traitements complémentaires n'ont jamais entraîné aucune complication du côté des annexes, malgré que nous en ayons pratiqué quelquefois vingt jours après le début du traitement par la V.R.P.E. dans des métrites salpingites catarrhales.

Des lésions salpingées discrètes qui n'obéissaient plus au traitement vaccinal ont été améliorées et non augmentées ainsi que semblent vouloir le dire les données classiques.

Les résultats insuffisants de la V.R.P.E. ont été améliorés dans la totalité des cas.

Contre-indications

Les auteurs ne citent à l'application de cette méthode que peu de contre-indications. Ils les trouvent dans l'état général. La V.R.P.E., énergique, leur semble-t-il, brutale, dans ses manifestations est difficilement applicable dans le cas de déficience organique quand la cause de cette déficience n'est pas celle que veut traiter la V.R.P.E. Ils voient, dans une tuberculose pulmonaire en évolution, une déficience cardiaque, des contre-indications.

Nous voudrions en tirer de la connaissance même de la méthode :

La V.R.P.E. entraîne des réactions focales notables. On peut considérer ces réactions comme des manifestations énergiques actives de la lutte anti microbienne. Il faut savoir les doser, les modeler afin de les utiliser.

Mais il est des cas où la méthode semble à priori difficilement applicable.

Les gros pyosalpynx distendus, extrêmement douloureux, entraînant des phénomènes infectieux d'un volume dont on constate la tendance progressivement croissante, ne justifie pas de l'emploi de la méthode.

Les raisons que nous donnons à ces contre-indications sont l'impossibilité de calculer les doses en vue d'une réaction focale suffisamment douce et légère. Nous pensons que cette action plus douce, nous pouvons la trouver dans la vaccinothérapie générale. Nous proposons comme type de traitement l'observation suivante :

Malade ayant accouché, il y a vingt trois jours,

d'un enfant qui est mort sept jours après sa naissance.

L'accouchement a été normal.

Six jours après, elle n'aurait plus eu aucune perte.

Mais depuis son accouchement, souffre du bas-ventre.

Toucher : Vagin ramolli.

Col à peine perceptible

Corps ramolli en antéflexion, fixé, nettement augmenté de volume, à droite.

A droite, masse salpingée du volume d'une tête foétale, de consistance liquidienne, douloureuse, tendue.

A gauche, masse salpingée du volume du doigt.

Le tout fixé par un empatement.

Température : 40°1.

Numération globulaire : Globules blancs, 14.000.

Formule leucocytaire : 82 polynucléaires.

Traitement : Repos, glace sur le ventre et injections.

La malade est laissée à ce traitement pendant cinq jours. La température présente de larges oscillations (38° à 40°). L'état général est progressivement déficient.

15-5-33 : *Toucher* : La masse annexielle droite n'a pas diminué de volume. Elle semble plus tendue et plus douloureuse.

Un traitement vaccinothérapique général est institué.

Vaccin polyvalent sous-cutané 1/4			
18-5-33	»	»	1/2
20-5-33	»	»	3/4
22-5-33	»	»	1

Pendant toute cette durée, la température a pré-

senté de grosses oscillations semblables à celles de la période précédente. Malgré tout, l'état général semble s'améliorer. Au point de vue local, la tumeur a nettement diminué de volume, est moins tendue.

24-5-33 Vaccin polyvalent sous-cutané 1 1/4

La température a considérablement diminué (37°8-38°5). L'état général est très amélioré.

Toucher : La tumeur anexielle est du volume d'une grosse orange.

26-5-33 Vaccin polyvalent sous-cutané 1 1/2

28-5-33 » » 1 3/4

30-5-33 » » 2

Température oscillante entre 36°9 et 38°1.

Toucher : Col mou.

Utérus du volume d'un utérus gravide de deux mois.

Cul de sac droit: gros empâtement, douloureux, masse salpingée difficilement délimitable du volume d'une orange.

Les lésions locales ne semblent plus être influencées par la vaccinothérapie générale.

1-6-33. Injection de polyvalent sur le col : XI gouttes.

Réaction importante, frissons, vomissements, température 39°9.

2-6-33. La température est à 37°4.

3-6-33. La température est à 37°9.

Injection de polyvalent cervical: IV gouttes.

Réaction importante, semblable à la première, température 40°.

4-6-33. Réaction durable. Température 38°5 au matin ; 38° le soir.

5-6-33. Température 37°.

9-6-33. Vaccin polyvalent cervical VI gouttes.

Température au matin, 36°9, à 14 h. 40°5.

10-6-33. Température 37°.

13-6-33. La malade ne souffre plus ; elle désire sortir de l'hôpital.

Toucher : L'utérus est encore gros.

Cul de sac droit : annexe du volume d'un gros pouce, peu douloureuse.

Cul de sac gauche : rien à signaler.

Lorsque les manifestations infectieuses ont été calmées, arrêtées par la vaccination générale, lorsque l'amélioration locale progressive nous a semblé nulle, nous avons appliqué la V.R.P.E. L'amélioration locale a repris alors et les lésions ont diminué de façon considérable.

GROSSESSE

L'état de gestation ne constituerait pas, pour POINCLOUX et FRON un obstacle. Une de nos observations montre un avortement d'une grossesse de 4 mois consécutif à l'injection dans les glandes de BARTHOLIN d'une dose de X gouttes de vaccin anti-gonococcique.

Quelque discutable que soit cette observation (femme publique, susceptible plus qu'une autre d'avoir pratiqué des manœuvres avortives) nous pensons que la méthode ne doit pas être appliquée aux malades en état de gestation.

PERIODE MENSTRUELLE

Les règles ne constituent pas une contre-indication absolue.

DISCUSSION DE LA METHODE

La V. R. P. E. est ardemment discutée dans ses principes, dans son mode d'action. Ce sont ces discussions que nous voudrions maintenant rapporter ici. Les discussions portent sur la :

- I. Spécificité de la maladie vaccinale.
- II. Spécificité des vaccins.
- III. Spécificité de la porte d'entrée.
- IV. Vaccination régionale par la porte d'entrée et vaccination intra-veineuse.
- V. Mode d'action de la vaccination régionale de porte d'entrée.

I. — Comme nous l'avons dit, BASSET et POINCLOUX pensent trouver dans la production d'une réaction après une injection vaccinale la garantie que dans le vaccin existe à l'état vaccinal le germe pathogène et que l'injection a été faite en un point par lequel ce microbe a pénétré dans l'organisme.

Pour que cela soit vrai, il faudrait que le vaccin ne puisse donner de maladies vaccinales que chez des malades présentant la maladie correspondante : DELREZ et LAMBERT pratiquent des injections de 0 cc. 5 de vaccin antigonococcique dans les glandes de Skène chez deux vierges parfaitement sai-

nes, au point de vue génital, l'une atteinte d'une arthrite bacillaire, l'autre d'un broiement du pied. Toutes deux présentent une réaction vaccinale typique.

D'autres constatations ne semblent pas militer en faveur de cette conception. Il est certain que la plupart des autres vaccins injectés par la même voie chez les gonococciques ne produisent pas de réaction vaccinale (Vaccin de BRUSCHETTINI, vaccin anti-staphylococcique, vaccin anticolibacillaire). Pourtant d'autres vaccins, le vaccin T. A. B., les bouillons Delbet injectés au niveau des glandes de Skène chez des gonorrhéiques déterminent des réactions typiques.

Il serait difficile de vouloir prétendre, en tenant compte de ces faits, que la réaction vaccinale présente une valeur diagnostique certaine.

II. — La V. R. P. E. fait-elle jouer une propriété spécifique des vaccins ? En d'autres termes, et pour ne parler que du vaccin antigonococcique, le vaccin antigonococcique n'a-t-il d'action que sur les lésions gonococciques et les lésions gonococciques ne sont-elles influencées que par le vaccin antigonococcique ?

1. — Il est fréquent qu'au cours de l'application de la V.R.P.E. s'adressant à des lésions gonococciques certaines (laboratoire) on voit les améliorations cliniques diminuer jusqu'au moment où les injections ne modifient plus l'état des lésions anatomiques, et ce n'est que lorsque l'on change de vaccin que l'on voit de nouvelles améliorations survenir. Il semble bien que dans ces cas le vaccin a eu une action spécifique : le vaccin antigonococcique n'agit que sur les lésions proprement gonococciques,

DELREZ appliquant la V.R.P.E. chez une malade atteinte d'une annexité droite importante d'étiologie, pense-t-il, gonococcique se sert de vaccin anti-gonococcique. Des réactions typiques se produisent, et rapidement les lésions régressent pour être réduites du tiers. La malade est opérée. On trouve dans le pus de l'annexe droite du staphylocoque. Mais l'annexite n'était-elle pas primitivement gonococcique ?

2. DELREZ et LAMBERT tentent de soigner des affections gonococciques à l'aide de différents vaccins.

Vaccin staphylocoque injecté dans les glandes de Skène, pas de réaction, pas d'amélioration.

Vaccin colibacillaire injecté dans les glandes de Skène, pas de réaction, pas d'amélioration.

Bouillon Delbet injecté dans les glandes de Skène, réaction et amélioration.

Les lésions gonococciques ne sont donc pas influencées que par le vaccin correspondant. Les lésions traitées par DELREZ et LAMBERT étaient peut-être d'étiologie mixte, pouvaient avoir pour microbe pathogène les microbes contenus dans les bouillons-vaccin de DELBET. En tous cas, les glandes de Skène n'en sont pas la porte d'entrée.

III. — A son tour, la notion de porte d'entrée est-elle vraiment spécifique ? En d'autres termes, un vaccin ne peut-il avoir d'action que s'il est déposé au niveau de la porte d'entrée du microbe ?

POINCLoux injecte, à quelques millimètres en dehors des glandes de Skène la dose habituelle de

vaccin antigonococcique. Il ne constate jamais ni amélioration ni réaction.

De même le vaccin anticolibacillaire injecté dans les glandes de Skène n'entraîne ni réaction ni amélioration.

Le vaccin antigonococcique ne détermine absolument aucun phénomène lorsqu'il est injecté sous la muqueuse rectale.

Les modifications qui suivent les injections vaccinales de vaccin anticolibacillaire dans le col, technique que nous avons adoptée, ne devrait pas se produire. BASSET et POINCLoux nous disent que les réactions et les améliorations sont très différentes de celles que l'on constate lorsque la méthode est correctement appliquée.

Existe-t-il plusieurs tissus de surface dans lesquels une injection provoque des réactions semblables? Il est permis d'en douter : nous ne pouvons nous fonder sur les résultats contraires donnés par CRANICIANU d'une part, DELREZ et LAMBERT d'autre part. Pour le premier, l'injection de vaccin antigonococcique entraîne une réaction locale et une réaction générale lorsqu'elle est faite dans la muqueuse buccale. Quand DELREZ injecte le même vaccin au même endroit, il ne provoque qu'une légère réaction locale.

Il semble donc bien que demeure encore intangible le principe de la porte d'entrée. Le vaccin doit être injecté au niveau du point d'inoculation de la maladie ou au niveau d'un point qui aurait pu servir de porte d'entrée au microbe pathogène (col).

IV. Que dire des phénomènes déclanchés par les injections intraveineuses de vaccin ?

On sait (Observations de TRAISSAC, DELREZ et LAMBERT) que ces injections sont suivies de réactions vaccinales, d'améliorations cliniques en tous points identiques à ce qu'elles seraient si l'on s'était conformé au principe de la V.R.P.E. Du fait que les effets sont les mêmes, TRAISSAC conclue à l'identité des causes. La V.R.P.E. est une vaccination en réalité intra-veineuse du fait de la vascularisation extrême des régions où sont pratiquées les injections. Les arguments que nous transcrivons sont recueillis dans la thèse de FRON.

Il est facile de réaliser, soit sur le col, soit au niveau des parois uréthrales, une boule d'oedème qui, toute superficielle qu'elle est, engendre une maladie vaccinale typique.

« Est-il raisonnable de croire que de telles injections intra-muqueuses, interstitielles, visibles, oédématisantes soient intraveineuses ? »

En admettant qu'une injection dans la muqueuse rectale soit intra-veineuse, du fait de la vascularisation des tissus, « l'injection de vaccin gonococcique devrait être aussi efficace par voie rectale que par voie uréthrale ».

Lorsqu'on a fait un certain nombre d'injections uréthrales, il arrive que l'on ait recours au col pour voir réapparaître des réactions devenues progressivement inexistantes.

Pourquoi, si les injections uréthrales et sous-muqueuses sont toutes identiques, les réactions obtenues sont-elles vives, alors que, pratiquées au niveau de l'urèthre, elles sont inexistantes ?

V. — Mode d'action de la V.R.P.E.

Il est d'abord une notion que nous voudrions affirmer d'emblée : c'est que le choc existe lorsqu'on

pratique une injection vaccinale. Il n'est pas niable. Les manifestations sanguines que nous avons eu de multiples fois l'occasion de constater, constituent un argument convaincant. Une leucopénie existe dans la demi-heure, l'heure qui suit l'injection vaccinale. Elle peut être marquée au point de réduire quelquefois le nombre des leucocytes des deux tiers. Elle est suivie d'une hyper leucocytose que nous avons décelé. Leucopénie et hyper leucocytose pourraient être d'autres manifestations que les opsonines des périodes négatives et positives décrites par WRIGHT.

Nous n'avons pas mesuré la pression artérielle de nos malades. Pourtant, il semble bien que le complexe décrit sous le nom de maladie vaccinale, clinique et sanguin, corresponde au syndrome décrit par DESDUQUOIS sous le nom de choc hémoclasique.

Nous avons décrit nous-mêmes des maladies vaccinales où les signes sanguins étaient marqués, les améliorations focales nettes, et où la température était peu élevée. Devons-nous conclure, du fait que certaine partie du syndrome manque, à sa négation.

Pourtant FRON nous dit avoir suivi la leucocytose au cours des réactions. « Les variations de la formule leucocytaire n'ont pas été davantage en faveur d'un choc humoral ». Nous pensons que leurs examens ont été faits trop tard, à une période où la leucopénie transitoire n'existe plus et fait place à l'hyperleucocytose.

L'existence d'un choc humoral admise, la résistance des infections colibacillaires aux violentes réactions engendrées par le vaccin gonococcique injecté à la porte d'entrée, prouve seulement que

« le choc n'est pas tout dans l'influence d'une vaccinothérapie ».

Il ne faut donc pas passer d'une thérapeutique spécifique à une thérapeutique quelconque non spécifique parce que toutes deux entraînent un choc. Au contraire, « à côté d'une spécificité biologique composée de tous les attributs du microbe en tant qu'être vivant, on admet que chaque agent pathogène modifie à sa manière la composition du milieu ambiant (spécificité chimique) et possède, d'autre part, des propriétés particulières tenant à la densité, à la tension superficielle, à la viscosité, à la conductibilité des milieux qui le contiennent.

Il est probable que la vaccination préventive est non seulement physiquement, mais aussi, avant tout, biologiquement spécifique, tandis que l'action curative des vaccins semble être spécifique seulement dans le sens physique et chimique du terme ». KOPACZEWSKI, d'après TRAISSAC.

La vaccinothérapie ne doit pas utiliser des albumines étrangères quelconques, mais on doit s'efforcer d'injecter les albumines mêmes du corps microbien. Rien ne nous permet d'abandonner une thérapeutique spécifique.

Les effets de V.R.P.E. et de l'injection intra-veineuse des vaccins correspondants sont identiques ? Il serait plus simple, plus commode, de procéder à une injection intraveineuse de vaccin.

Nous ne voyons pas comment cette analogie entre les effets peut faire conclure immédiatement à l'identité des causes. Il est probable, nous l'avons montré, que la vaccination par la porte d'entrée n'est pas une vaccination intraveineuse, et l'on doit s'efforcer de chercher une explication rendant compréhensible cette analogie.

FRON écrit : « Par voie intraveineuse, les maladies vaccinales spécifiques ne sont pas compréhensibles, à moins que, retournant la proposition de TRAISSAC, on admette l'interprétation suivante: injecté par voie veineuse, un vaccin fait le tour de la circulation. Quand ses éléments circulent dans les plus fins capillaires, ils subissent des attractions physico-chimiques de la part des tissus pour lesquels ils ont de l'affinité, ceux-là mêmes qui sont capables de retenir le microbe pathogène. »

Pour donner une idée du mode d'action que nous attribuons à la V.R.P.E., nous rapportons la proposition faite par POINCLoux dès le début de ses publications. Il donnait et nous donnons à la V.R.P.E. une triple valeur du fait qu'elle comprend dans ses principes l'application des trois théories générale, locale, et de la porte d'entrée. L'immunité est maxima parce que :

« Outre la production d'anticorps »,

« Outre la production du choc spécifique »,

« Outre la production de défense par exaltation de résistance de cellules touchées par le vaccin,

Une sorte de potentiel immunitaire serait mis en œuvre par variation réflexe ayant pour point de départ la porte d'entrée et point d'arrivée le lieu infecté. »

Conclusions

Les divers moyens de vaccinothérapie ont successivement été appliqués aux affections utéro-annexielles. Notre travail a pour but d'en montrer les différentes étapes.

1) Tout au début les auteurs sont d'accord pour vanter les bons effets de la vaccinothérapie générale. — Puis les constatations cliniques sont telles que l'engouement diminue. — Au point de vue théorique la méthode visait à la spécificité de l'action vaccinale. Les injections entraînent des chocs et la seule médication par choc entraîne des résultats semblables sinon supérieurs à ceux de la vaccinothérapie. — Au point de vue pratique la vaccinothérapie générale semble aux premiers auteurs particulièrement efficace. Puis la littérature médicale nous apporte des avis dissemblables au point d'envisager d'une part, l'inutilité de la méthode, étant donné son peu d'efficacité et d'autre part, de montrer la vaccinothérapie comme une arme dangereuse dans son emploi.

2) Dans une deuxième étape, obstétriciens et gynécologues utilisent la vaccinothérapie locale.

L'emploi de pansements vaccinants comme traitement de l'infection puerpérale ne s'est pas généralisé. LEVY-SOLAL, DELMAS, ANDERODIAS, FAUGERE, les utilisent pourtant couramment. Entre leurs mains, les auto-filtrats, vaccins et sérums, appliqués dans la cavité utérine suivant des techniques plus ou moins semblables donnent des résultats intéressants. La méthode donne les résultats les meilleurs, lorsqu'elle est employée préventivement dans les

cas où l'expulsion fœtale a nécessité des manœuvres manuelles et instrumentales importantes. C'est là son indication principale. Les tamponnements curatifs, précoces, secondaires et tardifs ont donné des résultats supérieurs à ceux des autres méthodes, plus particulièrement lorsque l'infection reste encore localisée à l'utérus.

Les accidents infectieux jouent un rôle important dans l'évolution des cancers du col surtout lorsque les germes font partie du groupe entérospretocoque. La vaccination locale nous semble un temps obligatoire avant l'installation de toute thérapeutique radiumthérapique.

Combinés à la vaccination régionale les pansements vaccinants ont un heureux effet sur l'évolution des affections inflammatoires de la vulve, du vagin et du col. Les résultats ont été excellents en ce qui concerne les pansements des opérations vaginales.

3) La troisième étape est caractérisée par l'apparition de la vaccination régionale par la porte d'entrée. Cette méthode est due aux travaux de BASSET et POINÇLOUX. D'après ces auteurs, pour qu'une thérapeutique vaccinale donne des effets maxima, il faut que la substance vaccinnante, spécifique de l'infection causale soit offerte aux tissus sensibles de porte d'entrée. Les vaccinations entraînent la production de réactions générales intenses, appelées maladies vaccinales. Celles-ci ne se produisent que lorsqu'on a injecté le vaccin correspondant au microbe pathogène au niveau du point où ce microbe a pu pénétrer dans l'organisme. Les améliorations se font sentir en tous les points des localisations secondaires du microbe.

L'application de la méthode suppose la connaissance de l'étiologie microbienne des affections utéro-annexielles. L'étude des pertes cervicales nous a montré la fréquence de leur étiologie gonococcique et entérale (colibacille et entérocoque). Nous avons vu comment les relations disfonctionnelles existant entre utérus et intestin entraînent la production de syndromes entérogénitaux soit primitifs, soit secondaires à une infection gonococcique du post-partum ou du post-abortum.

Clinique et laboratoire, réactions vaccinales permettent de cataloguer l'affection, de déterminer le ou les microbes pathogènes, leur porte d'entrée.

Les injections sont pratiquées dans les glandes de Skène, de Bartholin, dans le col; nous n'avons pas pratiqué d'injections rectales sous muqueuses.

Les réactions provoquées par les piqûres sont d'ordre général, sanguin, focal. Il semble bien que l'on soit en présence de chocs humoraux (tests sanguins). Ces maladies vaccinales ont pour BASSET et POINCLOUX une valeur diagnostique.

La conduite du traitement varie quelque peu avec l'infection en cause, l'intensité du processus infectieux, les lésions anatomiques existantes.

Nos observations de malades, les unes hospitalisées, les autres soignées à la consultation de gynécologie sont nombreuses. De leur multiplicité, nous voulons d'abord conclure à l'utilisation pratique, courante, facile du procédé.

Les résultats obtenus par nous-mêmes et les précédents auteurs situent la méthode comme la plus efficace contre les affections utéro-annexielles. Son efficacité est, maxima contre les processus infectieux récents, variable avec l'étiologie microbienne

(syndromes entéro-génitaux primitifs et secondaires, cause de récurrences fréquentes).

La vaccination régionale par la porte d'entrée n'exclue pas l'emploi des autres procédés de traitement: ignipuncture, application de néo-filhos, traitement diathermo-électrique, traitement chirurgical. Nous pensons qu'au contraire elle doit nécessairement précéder l'application de chacune de ces méthodes thérapeutiques.

Nos observations nous montrent aussi la nécessité d'une surveillance rigoureuse des malades. Elles permettent d'exclure du domaine de la vaccination régionale par la porte d'entrée les gros pyosalpinx tendus et douloureux.

Nous avons voulu aussi apporter les discussions, les critiques faites au sujet des principes de la méthode et de son mode d'action. Quoi qu'il en soit, si la méthode a été discutée dans ses principes, elle ne l'a jamais été dans ses résultats.

BIBLIOGRAPHIE

VACCINATION GENERALE

WRIGHT. — 1903.

BRUCH. — 1910.

NICOLLE et BLAIZOT. — 1913.

KUSS. — *These Paris*, 1920.

PARISOT et SIMONIN. — *Revue de Médecine*, 1922.

GUILLEMIN. — *Paris Médical*.

BASS A. — *Comptes-Rendus de la Société de Biologie*.

RICHARD. — *Thèse Lyon*, 1922.

CALLE et CICYNEL. — *Lyon Chirurgical*, 1922.

COTTE et CREYSSEL. — *Lyon Chirurgical*, 1922.

GARNIER. — *Thèse Paris*, 1926.

MER. — *Grenoble*, 1926.

LOUIS BAZY. — *Presse médicale*, 1925.

DANIEL GOLDENBERG-BAYLER. — *Revue français de
Gynécologie et Obstétrique*, Novembre 1929.

LOESER. — *Revue française de Gynécologie et Obstétrique*, Décembre 1929.

VACCINATION LOCALE

BESREDKA. — *Annales de l'Institut Pasteur*, Mai 1919.

— *Annales de l'Institut Pasteur*, Mai 1919.

— *Annales de l'Institut Pasteur*, Juin 1920.

— *Annales de l'Institut Pasteur*, Juillet 1921.

— *Bulletins de l'Institut Pasteur*, 30 Juin 1929.

— *Bulletins de l'Institut Pasteur*, 15 Juillet 1922.

- *Comptes-Rendus de la Société de Biologie*, 19 mai 1923.
- *Comptes-Rendus de la Société de Biologie*, 2 Juin 1923.
- *Comptes-Rendus de la Société de Biologie*, 7 Juillet 1923.
- BESREDKA et URBAIN. — *Comptes-Rendus de la Société de Biologie*, 8 Décembre 1923.
- BESREDKA et GOLOVANOFF. — *Bulletins de l'Institut Pasteur*, 31 mars 1921.
- *Revue Médicale*, 12 Juillet 1924.
- DELATER. — *Presse Médicale*, 2 Janvier 1924.
- RENAUX. — *Bruxelles Médical*, 2 septembre 1928.
- CHAILLOT. — *Comptes-Rendus de la Société de Biologie*, 18 Janvier 1928.
- JAUBERT. — *Thèse Paris*, 1924.
- PHILIPPEAU. — *Paris*, 1924.
- PECHIN. — *Thèse Paris*, 1925.
- MUTTERNILCH et LAVEDAN. — *Bulletins de la Société de Biologie*, 1923.
- AITOFF, SOPHIA FABRE, HARTMAN. — *Comptes-Rendus de la Société nationale de Chirurgie*, 1^{er} Février 1929.
- LAMARE, LOYET et MOREAU. — *Bulletin Médical*, 1929, N° 3.
- Mme AITOFF et POINCLOUX.
- LEVY-SOLAL, SIMARD et LELOUP. — *Comptes-Rendus de la Société de Biologie*, Février 1924.
- DELMAS. — *Bulletins et Mémoires de la Société d'Obstétrique de Paris*, Juin 1924.
- LACOMBE. — *Revue de Gynécologie et Obstétrique*, Décembre 1929.
- DESTOUCHE. — *Médecine*, Avril 1929.
- LAPOINTE, BROCK et DUCHON. — *Bulletins de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Juin 1931.
- CHATILLON. — *Revue française de Gynécologie et Obstétrique*, Septembre 1929.

- DMITROWSKI. — *Gynécologie*, 28 Janvier 1929.
- ANDERODIAS et BALARD. — *Bulletins de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Novembre 1927.
- DUPAYA. — *Thèse Bordeaux*, 1924.
- FAUGERE. — *Gynécologie et Obstétrique*, Novembre, N° 9.
- MONTAGNE. — *Gynécologie et Obstétrique*, Octobre 1928.
- ROBERT. — *Thèse Bordeaux*, 1926.
- BRUNEL. — *Lyon*, 1922.
- ANDERODIAS. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, 10 Février 1929.
- RAVINA. — *Thèse Paris*, 1926.
- POTOCKI et FISCH. —
- LASSEIGNE. — *Thèse Montpellier*, 1924.
- COIGNET. — *Thèse Paris*, 1925.
- BOUCHAUD. — *Thèse Paris*, 1927.
- SCHLESINGER. — *Paris*, 1930.
- GAMBELOTTI. — *Giornale italiano di Dermatologia e sifilologia*, 5 Juillet 1930.
- GAMES DE ROSAS. — *Revue médicale, Cubana*, N° 41, N° 41, Novembre 1930.

VACCINATION REGIONALE

- HUGEL et DELATER. — *Monde Médical*, 1^{er} Avril 1927.
- BASSET et POINCLOUX. — *Bulletins et Mémoires de la Société nationale de Chirurgie*, 7 Mai 1927.
- POINCLOUX. — *Comptes-Rendus de la Société de Biologie*, Juin 1928.
- BASSET et POINCLOUX. — *Gynécologie et Obstétrique*, Octobre 1928.
- POINCLOUX. — *Académie de Médecine*, 23 Avril 1929.
- PIERRA. — *Revue française de Gynécologie et Obstétrique*, Janvier 1929.
- POINCLOUX. — *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux*, 28 Juin 1929.

- BASSET et POINCLOUX. — *Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de langue française de Bruxelles*, Octobre 1929.
- LOUVEL. — *Revue française de Gynécologie et Obstétrique*, Janvier 1930.
- BASSET et POINCLOUX. — *Presse Médicale*, 22 mars 1930.
— *Gynécologie et Obstétrique*, Novembre 1929.
- AUDRY et VIEU. — *Bulletin de la Société de Dermatologie et de Syphilis*, Mars 1930.
- FERRARI. — *Revue française de Gynécologie et Obstétrique*, Juin 1930.
- COPELOVICI. — *Thèse Paris*, 1929.
- MAYER. — *Thèse Paris*, 1931.
- ARLOING. — *Thèse Paris*, 1930.
- TRAISSAC. — *Thèse Bordeaux*, 1929.
- CRANICIANU et PAVELESCOU. — *Revue française de Gynécologie et Obstétrique*, Janvier 1931.
- RICOU. — Saïgon. *Société médico-chirurgicale de l'Indochine, section de Saïgon*, 16 Janvier 1931.
- GUYOT et TRAISSAC. — *Journal de Médecine et de Clinique de Bordeaux*, N° 25, Septembre 1931.
- FRON. — Paris, 1932.
- DELREZ et LAMBERT. — *Presse Médicale*, 27 Juillet 1932.
- SPIRITO. — *Archeologia di Ostetrica e gynecologia*, 18 Mai 1931.
— *Rasegna internazionale di clinici e terapetica*, Août 1931, N° 12.
- LORENZETTI. — *Clinica ostetrica. Regionale Vaccination*, 31 novembre 1929.
- MASIA. — *Giornale italiano di Dermatologia e sifillologia*, Août 1930.
- TOMAZELLI. — *Il Morgagni*, 3 Août 1930.
- BUCURA. — *Zentralblatt für Gynakologie*, 6 Juillet 1929.
- T. ITURI y LANDAJO. — *Revue Espanola de Obst. y Gine.* N° 184, Avril 1931.

Vu:

Le Président de Thèse:
LAFFONT.

Vu:

Le Doyen:
LEBLANC.

Vu et permis d'imprimer.

Alger, le 23 Juin 1933.

Le Recteur:
G. HARDT.

